（様式４）

**愛媛県妊産婦等生活援助事業所運営業務委託**

**質問書**

令和　年　月　日

愛媛県保健福祉部生きがい推進局子育て支援課　宛て

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 担当者の  部署・職・氏名 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ：（　　　　）　　　－ |
| E-mail： |
| 質問事項 |  |