様式第1号

仕様書等に対する質問書

　　年　　月　　日

　佐賀県健康福祉部障害福祉課精神保健福祉担当　あて

・委託業務名　令和７年度佐賀県入院者訪問支援事業実施業務

（令和７年８月５日付け公示）

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 氏名（法人の場合は会社名） |  |
| 連絡先 | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 質問事項 |