質　　問　　書

令和３年　　月　　日

豊田市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者名及びﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）

　救急医療・育児相談コールセンター運営業務のプロポーザルについて、次のとおり質問します。

|  |
| --- |
| 質問事項 |
|  |

※用紙が足りない場合は、追加して作成してください。