（参考様式）

年　　月　　日

山形県健康福祉部障がい福祉課　障がい者活躍・賃金向上推進室　あて

（FAX：023-630-2111）

「山形県視覚障がい者情報センター」指定管理者選定に係る質問票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　質問項目 | ２　具体的な内容 | ３　回答 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ４　法人名 |  |
| ５　担当者所属・職氏名 |  |
| ６　連絡先住所 |  |
| ７　連絡先電話番号 |  |
| ８　連絡先ファックス番号 |  |
| ９　連絡先電子メールアドレス |  |
| 10　希望回答受領手段 | （ファックス又は電子メールの別を記載） |