様式１

色麻町認定こども園設置運営事業者公募にかかる質問票

令和３年　　月　　日

　色麻町長　早　坂　利　悦　様

住所又は所在地

申請者　法人等名

代表者氏名

　担当者部署・氏名

　連絡先（電話）

　質問は、１項目につき用紙１枚とし、簡潔にまとめてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　目 |  |
| 内　　　容 |  |

（提出先）　色麻町保健福祉課　子育て支援室

　　　　　　電話番号　0229-66-1700

　　　　　　FAX　　　 0229-66-1717