様式１

手話普及啓発委託業務　質疑書

令和　　年　　月　　日

所在地

事業者名

担当者名

ＴＥＬ

# FAX

# E-mail

**質疑内容**

※質問は１問につき、この用紙1枚を使用してください。

質問が複数となる場合には、この用紙を複写してください。

提出期限：令和７年７月２日（水）午後４時まで

提出先：高知県子ども・福祉政策部障害福祉課

担当　地域生活支援担当 中岡（不在の場合は中川）

ＦＡＸ：　０８８－８２３－９２６０