様式A（西宮市地域子育て支援拠点事業）

年　　　月　　　日

質問票

団体名称：

担当者名：

連絡先℡：

|  |
| --- |
|  |

※質問受付期間：令和５年７月１０日（月）～８月１０日（木）午後5時30分

※質問の趣旨を確認するため、担当者に連絡する場合があります。

※質疑内容は、本事業の内容、応募、選定にかかるものに限ります。また、個人情報を含むもの、公正な選定に影響がある場合は回答できません。

※質問内容及び回答については、上記受付期間終了後、速やかに公開します。