

様式第 2 号（第 2 条関係）

年 月 日

（あて先）
大月市長

住 所
障害福祉関係法人等名
代表者氏名 印

年度大月市障害福祉協力隊推進事業の支援機関の応募に対する質問

大月市障害福祉協力隊推進事業の支援機関の応募に対して下記のとおり質問します。

記

1 質 問 内 容