

## 質 問 書

業 務 名	札幌市妊娠・出産寄り添い給付金に係る事務処理等委託業務
事業者名	
担 当 者	
連 絡 先	E-mail : TEL : FAX :
記載箇所	質問内容

※行は必要に応じて追加してください。