（様式４）

指　定　管　理　に　係　る　質　問　票

○施設名：秋田県勤労身体障害者スポーツセンター

団体名：

担当者名

連絡先（ＴＥＬ）：

|  |  |
| --- | --- |
| 質　問　事　項 | 質　問　内　容 |
|  |  |