（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 |
|  |  |