（様式２）

**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

　尼崎市教育委員会事務局　学校教育部学校教育課　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 | 学力定着支援事業学習支援ドリル |
| № | 質　問　事　項 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |

【質問者】

|  |  |
| --- | --- |
| 法人等名称 |  |
| 担当者（役職・氏名） |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

※ メールアドレスは、今後連絡の際に使用するものを記入すること

※ 枠サイズ等は、必要に応じて変更すること