様式３

令和７年　　月　　日

**質　　問　　票**

（「人権啓発フェスティバル２０２５」開催業務委託）

福井県健康福祉部地域福祉課人権室　あて

質問者

　主たる事務所の所在地

　名称

　担当者名

　連絡先（電話番号およびＥメール）

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 質　問　内　容 |
|  |  |

※提出期限：**令和７年７月１４日（月）１７：００**