様式１

年　　月　　日

　福岡県男女共同参画推進課長　殿

所在地

団　体　名

代表者氏名

福岡県困難な問題を抱える女性への支援事業（つながりサポート）

質問書

|  |  |
| --- | --- |
| 実施要領ページ仕様書ページ等 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※質問する内容が記載されている実施要領等のページを記載してください

　　　（例：「実施要領P.1　5（1）」等）

【連絡先】

担当者氏名

電話番号

FAX番号

E-mail