

(様式1)

社会福祉法人風祭の森 理事長 石川 修 宛

会社名

担当者名

電話番号

ファクシミリ番号

E-mail

質 問 票

「社会福祉法人風祭の森 給与制度・人事評価制度等再構築事業」について、下記のとおり質問します。

質問項目	質問内容

※記入欄が足りない場合は、記入欄を追加してください。