

質 問 票

年 月 日

北区保健福祉部保健福祉課 宛て

会 社 名

電話番号

F A X 番号

担当者（所属（職）

氏 名

）

下記業務について、次のとおり質問いたします。

業務名	令和 7 年度北区保健福祉部複写サービス
質 問 内 容	

注 1 質問票の宛先は、北区保健福祉部保健福祉課とします。

注 2 質問がある場合は、必ず文書により行ってください。回答についても文書にて行います。

注 3 欄が足りない場合は別紙に記載してください。

回 答

回 答 内 容	
------------------	--