

質 問 票

年 月 日

手稲区保健福祉部保健福祉課 あて

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。

入札等予定年月日	令和 7 年 3 月 13 日 (木) 13 時 00 分	業務番号	
業務名	手稲区保健福祉部複写サービス		
質 問 内 容			

注 1 質問票のあて先は、手稲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	
------------------	--