（別紙2）

**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

　　　　　　　ＦＡＸ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６年３月４日（月）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 |  |