質 問 票

令和　　年　 月　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 担当者所属・氏名 |  |

次のとおり質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 | 令和７年度　中央区保健福祉部複写サービス業務 |
| 質問内容 |  |

注１　質問票は、書面による持参、送付、電子メール又はファックスにより提出してください。なお、送付、電子メール及びファックスの場合は、電話で到着を確認してください。

注２　回答は中央区保健福祉課で閲覧に供するとともに、札幌市中央区ホームページに掲載しま

す。

|  |  |
| --- | --- |
| 回答内容 |  |

＜質問票提出先＞

〒060-8612　札幌市中央区大通西２丁目９

札幌市中央区保健福祉部保健福祉課地域福祉係

電話011-205-3301　FAX 011-231-2346