

質 問 票

令和 年 月 日

【質問者】 会 社 名
電 話 番 号
F A X 番 号
担 当 者 氏 名

次のとおり質問いたします。

| | |
|------------------|----------------------|
| 開札予定日時 | 令和4年10月11日（火） 12時00分 |
| 調 達 件 名 | 東区保健福祉課複合機2台借受 |
| 質 問 内 容 | |

注1) 質問票の提出先は下記のとおりです。FAXによる送信の場合は、必ず電話で着信確認してください。

注2) 回答は東区保健福祉課にて閲覧に供するとともに、ホームページに掲載します。

<https://www.city.sapporo.jp/higashi/keiyaku/ippankyousou20220928.html>

注3) 提出期限：令和4年10月4日（火）17時15分

《質問票提出先》

札幌市東区北11条東7丁目

札幌市東区保健福祉部

保健福祉課地域福祉係

TEL 011-741-2459 FAX 011-741-0145