

質 問 票

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。

入札予定日時	令和8年1月26日（月）9時00分
調達件名	東区保健福祉課事務室レイアウト変更等業務
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/ippannkyousou20260113.html>

注3) 提出期限：令和8年1月16日（金）17時15分

＜＜質問票提出先＞＞

札幌市東区北11条東7丁目1-1

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