質　問　書

年　　月　　日

子ども未来局子どもの権利推進課あて

会社名：

電話番号：

FAX番号：

担当者：所属（職）

氏　名

「こども人形劇場こぐま座舞台天井アスベスト除去業務」について、次のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問内容 |  |

※記入欄が不足する場合は別紙添付も可