質 問 票

令和　　年　 月　 日

【質問者】

会 社 名

電話番号　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

担当者氏名

次のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 開札予定日時 | 令和６年２月２９日（木）１０時００分 |
| 調達件名 | 西区保健福祉課複写サービス業務 |
|  | |

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

注２）回答は西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/nishi/keiyaku/r5/hoken/240219_1.html>

注３）質問期限：令和６年２月22日（木）１７ 時００ 分まで

≪質問票提出先≫

札幌市西区琴似２条７丁目１－１

札幌市西区保健福祉部保健福祉課地域福祉係

TEL 011-641-6942　 FAX 011-641-0372