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７年９月３日（水）　13時30分 |
| 調達件名 | | 複合複写機の借受 |
| 質　問　内　容 |  | |

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

注２）回答は豊平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。

　　　　　URL: <https://www.city.sapporo.jp/toyohira/gaiyou/keiyakuzyouhou/r7/0825.html>

注３）質問期限：令和７年８月29日（金）17 時15 分まで

≪質問票提出先≫

札幌市豊平区平岸6条10丁目1-1

札幌市豊平区保健福祉部保健福祉課地域福祉係

TEL 011-822-2451　 FAX 011-833-4096

電子メール toyo.fukushi@city.sapporo.jp