　　年　　月　　日

（提出先）胎内市福祉介護課地域福祉係

事業者名

質　　問　　書

胎内市米寿祝品購入業者選定について、次の事項を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当連絡先 | ふりがな  氏　　名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |