質　問　及　び　回　答　書

令和　　年　　月　　日

（質疑者）

住所（所在地）

商号又は名称

代表者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 案件名 | 高松市予防接種帳票（福祉保健系）作成等業務委託 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 質問事項 | | | 質問理由 |
|  | | |  |
| 送付担当者 |  | | |
| 連絡先 | ＴＥＬ |  | |
| ＦＡＸ |  | |

【本市回答欄】回答日　令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
|  |