

(様式第5号)

質問書

令和 年 月 日

質問者 商号又は名称 \_\_\_\_\_

部署名及び担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

瀬戸内市役所本庁舎自動販売機設置業務について、次の項目を質問いたします。

質問項目	質問内容

※記入欄が不足する場合は、複写して使用してください。