別紙１

質　問　書

|  |  |
| --- | --- |
| 事　業　名 | 我孫子市配食サービス事業業務委託（単価契約） |
| 発注課名 | 我孫子市健康福祉部　高齢者支援課　高齢者福祉係  ＦＡＸ　０４－７１８６－３３２２ |
| 質　問　者 | 住　　所　〒 |
| 事業者名 |
| 電話番号 |
| ＦＡＸ |
| 担当者名 |
| 質　問　事　項 | |
| １ | |
| ２ | |
| ３ | |
| ４ | |

※質問事項は、具体的かつ簡潔に記載する。