質　　問　　書

令和　　年　　月　　日

（連絡先等）

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 担当者 | 所属　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| Eメール |  |
| 電話及びFAX |  |

 　医療廃棄物収集運搬・処理業務委託にあたり，次の事項を質問します。

（質問事項）

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※１　質問項目には、質問のタイトルのほか、質問する資料名（実施要項、様式、その他）及び

　　　該当箇所も記載すること。

※２　1項目１欄を使用して、欄が不足するときは、複写などで追加してください。

※３　質問はメールでのご提出をお願いします（メール以外での提出不可）。

　　　E-mail:kazunori.28835@city.arao.lg.jp