

質 問 書

平成 年 月 日

課 行
(FAX 0572- -)

住 所
商号又は名称
代表者氏名
(事業主氏名)

印

事業名	東濃看護専門学校自動販売機設置事業
質問事項	
担当者	名 前 TEL (- -) FAX (- -)

※ 質問事項が複数ある場合は、質問項目に番号を付してください。その番号ごとに後日回答をします。

※ 質問項目が多い場合等、書式に記入しきれない場合は、質問事項欄に「別紙有り」と記載して別紙を送信してください。

※ FAX送信後、受信の確認の電話をお願いします。