

質 問 書

所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者職氏名 _____

担当者氏名 _____

電話番号 _____

提出日：令和 年 月 日

| | |
|------|---------------------------|
| 入札件名 | 千葉県後期高齢者医療広域連合コールセンター業務委託 |
| 質問内容 | 1. 2. 3. |