【様式７】

※受付番号は記載しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

質　問　書

　　　令和　　年　　月　　日

　名護市長　渡具知　武豊　殿

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　名護市病児保育事業業務委託に係るプロポーザルについて、次の項目を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 質問内容 |
|  |  |