様式２

質　疑　応　答　書

（宛先）旭川市長

（電話番号　0166-25-9797）

（FAX番号　0166-29-6404）

 　 　　　 住所

 商号又は名称

 代表者氏名

（FAX番号　　　　　　　　　　　　　　）

 質問年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 | 旭川市介護助手導入推進事業実施業務 |
| 質　　疑　　事　　項 | 回　　答　　事　　項 |
|  |  |

 注　ファクシミリによる場合は、あらかじめ電話連絡の上、上記のFAX番号へ送信してください。