

質 問 書

年 月 日

(あて先) 奈 良 市 長

(提出者) 住 所
商号又は名称
代 表 者 氏 名 印
電 話 番 号
E - m a i l

担 当 者 氏 名

指定難病医療費助成窓口等業務に係る一般競争入札について、次のとおり質問します。

質問内容 (できる限り具体的に記載してください。)

※ 本文書以外による質問には回答しません。