

令和 年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

住 所

商号又は名称

代 表 者

担当者氏名

TEL

FAX

「血中抗体検査及び予防接種業務委託（単価契約）の仕様書」に対する質問回答書	
質 問 事 項	回 答
委 託 名	血中抗体検査及び予防接種業務委託（単価契約）

※ 提出にあたっては電子メールで所定の期限内に行ってください。

なお、押印の必要はありません。