

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

| 「産業医業務委託仕様書」に対する質問回答書 |         |
|-----------------------|---------|
| 委 託 名                 | 産業医業務委託 |
| 質 問 事 項               | 回 答     |
|                       |         |

※ 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。