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］

「高気圧業務従事者健康診断業務委託仕様書」に対する質問回答書	
委　託　名	高気圧業務従事者健康診断業務委託（単価契約）

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。