別紙様式

**質　　　　疑　　　　書**

年　月　日

住　所

商号又は名称

代表者氏名

（押印不要）

（担当者　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（ファクス　　　　　　　　　　　　　　　　）

１　番　号　新潟市公告第186号

２　件　名（業務の名称）　新潟市身体障がい者あんしん連絡システム事業

|  |
| --- |
| 質　　疑　　事　　項 |
|  |