（別紙様式４）

質　問　票（宇土市老人福祉センター）

宇土市健康福祉部高齢者支援課　本田　宛て

　（ＦＡＸ：　０９６４－２２－２９２５　　）

　（メール：　kourei02@city.uto.lg.jp ）

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体の名称 | （ふりがな） |
| （質問内容） |  |
|  | |
| 担当者氏名  及び連絡先 | 部 署 名：  担当者名：  電　　話：  メ ー ル： |

（注）

・　質問内容は、要点を簡潔に記載してください。また、募集要項、仕様書等の資料名（ページ）等を掲げ、質問内容を明確にしてください。

・　この質問票は、必ずメール又はＦＡＸで送付してください。

（別紙様式５）

現地説明会参加申込書（宇土市老人福祉センター）

令和　　年　　月　　日

宇土市健康福祉部高齢者支援課　本田　宛て

　（ＦＡＸ：　０９６４－２２－２９２５　　）

　（メール：　kourei02@city.uto.lg.jp ）

下記のとおり、現地説明会への参加を申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 団体の名称 | （ふりがな） |
| 参加者１ | 部 署 名：  役　　職：  氏　　名： |
| 参加者２ | 部 署 名：  役　　職：  氏　　名： |
| 参加者３ | 部 署 名：  役　　職：  氏　　名： |
| 担当者氏名  及び連絡先 | 部 署 名：  担当者名：  電　　話：  メ ー ル： |

（注）

・　参加人数は、１団体につき３人以内とします。