障害者支援施設「高松園」建設設計業務に係る公開型プロポーザル

質　　問　　書

令和 　 年　　月　　日

（質 問 者）　住　　　　所　　〒

商標又は名称

代表者職氏名

担当者職氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

メールアドレス

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　　目 | 質　　問　　内　　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※欄が不足する場合は複製してご使用ください。