様式５

　年　 月 　日

質 　問 　書

妹背牛町福祉施設群マイクログリッド実施設計業務のプロポーザルについて、次の項目を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 担当部署 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 質問事項 |  |
| 質問内容 |  |