様式第1号

令和　　年　　月　　日

五所川原市長　様

所在地（住所）

商号又は名称

代表者氏名

質　問　書

　業務名；五所川原市キャッシュレス決済等導入業務

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | 質問箇所 | 質問事項 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

注）欄が不足する場合には、適宜記入欄又は用紙を追加して記入してください。

（連絡先）所属：

　　　　担当者：

電　話：

　　　　FAX：

　　　　E-mail：