（様式２）

質　　問　　票

**件名　医療・福祉施設食材料費高騰対策支援事業業務**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 質問事項 | 質問項目 |
|  |  |  |
| 会社等名称 |  |
| 担　　当　　者 | 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | TELFAXE-mail |