（様式第２号）

令和　　年　　月　　日

（あて先）仙台市健康福祉局長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

質問票

　「令和７年度市役所本庁舎仮囲いへの障害者アート掲出業務委託事業者選定プロポーザル」について、以下のとおり質問します。

　質問事項

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

担当：

電話：