**質　 疑　 応　 答　 書**

件　名　　石巻市保健相談センターほか２施設で使用する電力の供給

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 回答 |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　所 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 質問者氏名 |  |
| 連絡先 | TEL；　　　　（　　　　） |
| FAX；　　　　（　　　　） |
| 電子メール；　 |