様式第１号

令和　　年　　月　　日

高知市長　桑　名　龍　吾　様

所在地

商号又は名称

担当者氏名

電話

ＦＡＸ

Ｅ-mail

質　問　書

高知市生活衛生情報管理システムに係る契約について，次の事項を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問番号 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

■　提出方法　　FAX（088-821-6516）又は電子メール（kc-140300@city.kochi.lg.jp）

■　提出先　　　高知市保健所　生活食品課

■　受付期間　　令和７年５月９日（金）から５月15日（木）まで

ＦＡＸ又は電子メールにより生活食品課に提出してください。回答等はホームページ等によりお知らせします。電話，口頭による質問には一切応じません。