（様式２）

令和　　年　　月　　日

中泊町長　殿

**質　問　書**

中泊町総合福祉健康センター（湯らぱ～く）レストランに係る出店者募集要項に対し、次のとおり質問します。

申請者　住　　所

名　　称

氏　　名（代表者名）

電話番号

ＦＡＸ番号

E-Mailｱﾄﾞﾚｽ

|  |  |
| --- | --- |
| 質 問  Ｎｏ． | 質　問　内　容 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| ５ |  |
| ６ |  |
| ７ |  |
| ８ |  |
| ９ |  |
| １０ |  |

※記載欄が不足の場合は適宜追加するか、別紙を添付してください。

※質問が無い場合は提出不要です。