年　　月　　日

**質　疑　応　答　書**

茨城西南地方広域市町村圏事務組合

管理者　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　共同企業体の名称

担当課名：　　　　　　　　　課

担当者名：

代表者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel：　　　　　　　　　　　Fax：

工事名（件名）：

|  |
| --- |
| 質　疑　欄 |
| 回　答　欄 |

**注）①ＦＡＸ送信後、担当課に連絡（ＴＥＬ）し、ＦＡＸ着信の確認を必ず行うこと。**

**②回答のＦＡＸを受信した時は、速やかに担当課に受診した旨の連絡を必ず入れること。**