

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

担当課名： _____ 課

担当者名： _____

住 所

会 社 名

代表者職氏名

⑩

担当者名

Tel : _____ Fax : _____

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。