

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： \_\_\_\_\_

共同企業体の名称

代表者 住 所

会 社 名

代表者職氏名

担当者名

⑩

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。