別紙様式

**質　　　　疑　　　　書**

年　　月　　日

住　所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　（押印不要）

（担当者　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（ＦＡＸ番号　　　　　　　　　　　　　　　）

１　番　号　　新潟市契約公告第９号

２　品　名　　泡消火薬剤　その３

|  |
| --- |
| 質　　疑　　事　　項 |
|  |