（様式第１号）

質　　問　　書

　令和　　年　　月　　日

（あて先）

　　仙　台　市　長

業者コード　　　（　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　所　在　地

商号及び名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

（件　　名）仙台市定額減税補足給付金（調整給付）支給事業業務委託

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

連絡担当者

所属

氏名

電話

FAX

E-mail

※質問がない場合は質問書の提出は不要です。