市民生活部生活衛生課FAX(0790)63-3063

質 疑 書

令和　　年　　月　　日

宍粟市長　様

業者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Ｔ　Ｅ　Ｌ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

件　名　しそうクリーンセンター等処理薬品購入（単価契約）

上記事業にかかる、下記の質疑についてご回答ください。

質疑番号		積算書ページ	
仕様書ページ		図面番号	
質疑内容			
質疑番号		積算書ページ	
仕様書ページ		図面番号	
質疑内容			

市民生活部生活衛生課FAX(0790)63-3063

質 疑 書(同等品確認表)

令和　　年　　月　　日

宍 粟 市 長　様

業 者 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担 当 者 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

T　E　L ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

件　名　しそうクリーンセンター等処理薬品購入(単価契約)

本業務にかかる、同等品可とする品目の確認についてご回答ください。

※ 以下に確認を要する品目名等を記入すること。

No.	品目名等	メーカー名	規格等

※品目の規格等を確認できる書類(カタログ、パンフレット等)を添付のうえ提出してください。