

質 問 票

仕様に関する照会が生じた場合は、本様式により行ってください。

業 者	会社名	
	担当者	
	TEL	
	FAX	
照 会		
回 答		

質問期限 令和7年8月20日（水）正午

山口県市町村職員共済組合（担当：弘中）あて
FAX：083-921-1228（送付状不要）