（様式４）

愛知県保健医療局生活衛生部生活衛生課　宛て

「譲渡推進施設基本構想調査委託業務」に係る質問票

名　　　　　　 称：

代表者（職・氏名）：

担当者氏名：

電話番号：

メールアドレス：

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 |  |
| 質問内容 |  |

（注意）質問事項は１枚につき１問とし、簡潔に記載してください。

提出先　担　当　獣医衛生・動物愛護グループ

メール　eisei@pref.aichi.lg.jp