

(様式第5号)

質問書

年 月 日

佐賀県健康福祉部 健康福祉政策課 健康づくり・歯科保健担当 あて

- ・委託業務名 非侵襲的光学皮膚カロテノイド量測定装置（野菜摂取量評価装置）調達業務

所在地		
氏名（法人の場合は会社名）		
連絡先	担当者名	
	電話番号	
	ファックス番号	
	メールアドレス	
質問事項		