

(様式4-①)

平成    年    月    日

(宛先)

長浜市病院事業管理者

住所(所在地)

商号又は名称

【連絡担当者】

所        属

氏        名

電 話 番 号

F A X 番 号

E - m a i l

## 質問書

市立長浜病院SPD業務に関し、次の事項について質問します。

【No.   】

実施要領、仕様書の別 (どちらかに丸印)	実施要領        ・        仕様書
質問事項にかかる該当ページ	
質問事項にかかる具体的箇所	
質問事項 (具体的)	

※入力欄が不足する場合は、次ページの欄をコピーして使用してください。

※質問は、1項目ごとに記載してください。

(様式4－②)

【No. 】

実施要領、仕様書の別 (どちらかに丸印)	実施要領 ・ 仕様書
質問事項にかかる該当ページ	
質問事項にかかる具体的箇所	
質問事項 (具体的)	

【No. 】

実施要領、仕様書の別 (どちらかに丸印)	実施要領 ・ 仕様書
質問事項にかかる該当ページ	
質問事項にかかる具体的箇所	
質問事項 (具体的)	

※入力欄が不足する場合は、本ページをコピーして使用してください。

※質問は、1項目ごとに記載してください。