様式１

　　○○年○○月○○日

（宛先）

長浜市病院事業

　管理者　髙折　恭一　様

住所(所在地)

商号又は名称

代　 表 　者　　 職

氏名 　　　　　　　 印

　　　【対応者】

所属

氏　　　名

電話番号

ＦＡＸ番号

質問書

市立長浜病院医事業務等業務委託に関し、次の事項について質問します。

【№　】

|  |  |
| --- | --- |
| 実施要領、仕様書等の別 |  |
| 質問事項にかかる実施要領等のページ |  |
| 質問事項にかかる実施要領等の具体的箇所 |  |
| 質問事項（具体的） |  |

※質問は、１項目ごとに記載ください。

【№　】

|  |  |
| --- | --- |
| 実施要領、仕様書等の別 |  |
| 質問事項にかかる実施要領等のページ |  |
| 質問事項にかかる実施要領等の箇所 |  |
| 質問事項（具体的） |  |

【№　】

|  |  |
| --- | --- |
| 実施要領、仕様書等の別 |  |
| 質問事項にかかる実施要領等のページ |  |
| 質問事項にかかる実施要領等の箇所 |  |
| 質問事項（具体的） |  |

※質問は、１項目ごとに記載ください。

※必要に応じて、行等を追加してください。