

様式 5

令和 年 月 日

(宛先)
長浜市病院事業管理者 様

住所(所在地)
商号又は名称
代表者職名
代表者氏名

【対応者】
所 属
氏 名
電 話 番 号
F A X 番号

質問書

長浜市病院事業経営支援等委託業務に関し、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）	

※用紙が不足する場合は、コピーして使用ください。
※質問は、1項目ごとに記載ください。

【No. 】

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）	

【No. 】

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）	