（様式２）

質　問　書

令和７年　　月　　日

　 長浜市病院事業管理者　髙折　恭一　様

下記の業務案件について、以下のとおり質問します。

　　業務案件

　　　業務名称　市立長浜病院医師事務作業補業務に係る労働者派遣業務

　　　履行場所　長浜市大戌亥町３１３番地　市立長浜病院

　　質　問　者

　　　　所　在　地

　　　　商号または名称

　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 ㊞

　　　　担当者・連絡先

　　　　E-mail

質問内容

|  |  |
| --- | --- |
| 番　号 | 質　問　内　容 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| ５ |  |

質問内容欄が不足する場合は、適宜別紙等を添付してください。