（様式３）

令和　　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

ＦＡＸ番号

Ｅ－ｍａｉｌ

**質問書**

市立長浜病院サージカルリネン類賃貸借業務に関し、次の事項について質問します。

【№　】

|  |  |
| --- | --- |
|  | 質問内容 |
| 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３－１）

【№　】

|  |  |
| --- | --- |
|  | 質問内容 |
| 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） |  |

【№　】

|  |  |
| --- | --- |
|  | 質問内容 |
| 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。