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

ＦＡＸ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。

【№　】

|  |  |
| --- | --- |
| 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。

【№　】

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |  |