（様式第４号）

　　　年　　　月　　　日

質　　問　　書

　射水市長　あて

所在地

商号又は名称

代表者名

連絡担当部署名

連絡担当者氏名

連絡先電話番号

連絡先ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

　射水市民病院診療材料等物流及び調達管理業務に係る公募型プロポーザルについて、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 質問内容 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |

※必要に応じて行を加除してください。