様式第７号

令和　　年　　月　　日

（宛先）

長浜市長

所在(所在地)

商号又は名称

代　 表 　者　職

氏名

　　　【担当者】

所属

氏　　　名

電話番号

ＦＡＸ番号

質　問　書

湖北圏域病院再編事業支援業務委託に関し、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） |  |