

(様式4)

# 質 問 書

令和 年 月 日

(あて先)

地方独立行政法人市立大津市民病院

住所

商号又は名称

代表者氏名

電話 番 号

(作成担当者)

|         |                  |
|---------|------------------|
| 件 名     | バーチャルスライドスキャナ 一式 |
| 質 問 事 項 |                  |
|         |                  |

提出期限 令和7年8月25日（月）午後5時まで

回答予定日 令和7年8月26日（火）当院ホームページ上で公表

提出先 地方独立行政法人市立大津市民病院 事務局 財務契約課 契約グループ  
FAX:077-521-5414 E-mail:och1040-2@och.or.jp TEL:077-526-8517

※FAX・E-mail による提出の場合は提出した旨の電話連絡を必ず行うこと。  
電話連絡がない場合、如何なる異議も申し立てることができないものとする。