

(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	全身麻酔装置9台 スポット保守点検業務
質 問 事 項	

提出期限 令和7年7月28日(月)午後5時まで
回答予定日 令和7年7月29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。