

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	地方独立行政法人市立大津市民病院救急救命士導入支援アドバイザー業務
質 問 事 項	

受付期間 公告の日から令和8年2月6日(金)までの
午前8時30分から午後0時15分まで、午後1時15分から午後5時まで

回答予定日 令和8年2月10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

提出方法 E-mail:och1040-2@och.or.jp または FAX:077-521-5414 または 持参

遵守事項(様式1: **プロポーザル参加申請時の誓約事項**に該当)

■電話および訪問による口頭での質問を禁止する。

※書類の作成方法等の比較的軽微と思われるような内容であっても、質問書により質問すること。

■質問期間外の質問を禁止する。

■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、その後如何なる異議も申し立てることができない。 ※TEL:077-526-8517 (FAX・E-mailの到着確認のみ)

■審査実施後、仕様・条件の不知又は不明を理由として異議を申し立てることはできない。