

(様式6)

# 質 問 書

\*\*\*\*年\*月\*日

市立大津市民病院 理事長 様

提案者 住所 〒  
商号又は名称  
代表者氏名  
電話番号  
FAX番号  
E-mail

件 名	市立大津市民病院プロモーション業務
質 問 事 項	

提出期限 令和7年2月14日(金)午後5時まで  
回答予定日 令和7年2月18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 施設契約課 契約係  
FAX:077-521-5414 E-mail:och1040@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。