

【様式2】

質 問 書

令和2年 月 日

(あて先)

地方独立行政法人市立大津市民病院
理事長

住 所

商号又は名称

代表者氏名

電 話 番 号

(作成担当者

)

件 名	ファイナンスリース(患者用マットレス 一式)
質 問 事 項	

提出期限 令和2年6月4日(木)午後5時まで

回答日 令和2年6月5日(金)公表予定

提出場所 市立大津市民病院法人事務局施設契約課