

【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

住 所

商号又は名称

代表者氏名

電 話 番 号

(作成担当者)

| | |
|---------|---------------|
| 件 名 | 感染症ER棟診療備品 一式 |
| 質 問 事 項 | |
| | |

提出期限 令和2年11月25日(水)午後5時まで

回答日 令和2年11月26日(木)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