

【様式2】

質 問 書

令和3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	脳神経外科気道式ドリル 一式
質 問 事 項	

提出期限 令和3年3月10日(水)午後5時まで

回答日 令和3年3月11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