【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	整形外科コードレスドリル　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