

(様式2)

質 問 書

平成30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)

業 務 名	市立大津市民病院歯科技工業務
質 問 事 項	

提出期限 平成30年10月15日(月)午後5時まで

回答日 平成30年10月16日(火)(予定)

提出場所 市立大津市民病院 法人事務局 施設契約課