

(様式4)

# 質 問 書

令和 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	陰圧閉鎖療法システム 一式 賃貸借
質 問 事 項	

提出期限 令和7年2月21日(金)午後5時まで  
回答予定日 令和7年2月25日(火) 当院ホームページ上で公表  
提出先 地方独立行政法人市立大津市民病院 事務局 施設契約課 契約係  
FAX:077-521-5414 E-mail:och1040@och.or.jp TEL:077-526-8517

※FAX・E-mailによる提出の場合は提出した旨の電話連絡を必ず行うこと。  
電話連絡がない場合、如何なる異議も申し立てることができないものとする。