

(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 | CUSA Clarity 一式 |
| 質 問 事 項 | |
| | |

提出期限 令和6年9月5日(木)午後5時まで
回答予定日 令和6年9月6日(金)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。