

(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	タブレット型超音波診断装置 一式
質 問 事 項	

提出期限 令和6年11月28日(木)午後5時まで

回答予定日 令和6年11月29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。