

(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 36kHz ハンドピース 一式 |
| 質 問 事 項 |                              |
|         |                              |

提出期限 令和7年12月5日（金）午後5時まで

回答予定日 令和7年12月8日（月）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 財務契約課 契約グループ

FAX:077-521-5414      E-mail:och1040-2@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。

入札参加申請受付期間中の現場（業務）担当者との接触を禁止する。