

(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	超音波診断装置 一式
質 問 事 項	

受付期間 公告の日から令和7年12月19日(金)までの
午前8時30分から午後0時15分まで、午後1時15分から午後5時まで

回答予定日 令和7年12月22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。