

(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	ウォッシャーディスインフェクター 一式
質 問 事 項	

提出期限 令和7年10月14日（火）午後5時まで

回答予定日 令和7年10月15日（水）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。