

【様式5】

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	市立大津市民病院バイタル連携システム導入業務
質 問 事 項	

提出期限 令和7年10月23日(木)午後5時まで

回答予定日 令和7年10月27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。
プロポーザル公告日から審査実施日までの当該業務担当者との接触を禁止する。