

【様式2】

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	MRI-超音波融合画像診断システム 一式
質 問 事 項	

提出期限 令和5年6月22日(木)午後5時まで

回答日 令和5年6月23日(金)公表予定

提出場所 地方独立行政法人市立大津市民病院 事務局 施設契約課