

【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 | 注射薬自動払出装置 一式 |
| 質 問 事 項 | |
| | |

提出期限 令和6年4月25日(木)午後5時まで

回答日 令和6年5月1日(水)公表予定

提出先 地方独立行政法人市立大津市民病院 事務局 施設契約課

FAX:077-521-5414 E-mail:och1040@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。