

【様式2】

# 質 問 書

令和3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	処方チェックシステム更新業務
質 問 事 項	

提出期限 令和3年5月12日(水)午後5時まで

回答日 令和3年5月13日(木)公表予定

提出場所 市立大津市民病院法人事務局施設契約課