

【様式2】

質 問 書

令和4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     | 血液浄化装置 一式 |
| 質 問 事 項 |           |
|         |           |

提出期限 令和4年7月8日（金）午後5時まで  
回答日 令和4年7月11日（月）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