

【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	地方独立行政法人市立大津市民病院診療費等コンビニエンスストア収納代行業務
質 問 事 項	

提出期限 令和4年7月27日(水)午後5時まで

回答日 令和4年7月28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