（様式４）

**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 | 　　※入札等の案件名を必ず入力すること　　 |
| 質　　　　問　　　　事　　　　項 |
| 　　　 |

提出期限　　　入札説明書に記載のとおり

回答予定日　　入札説明書に記載の日に当院ホームページ上で公表予定

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　契約係

　　　　　　　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。