

質 疑 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人市立吹田市民病院
理事長 宛

所 在 地

商号又は名称

代 表 者 氏 名



契約の名称

患者送迎用バスリース業務

番号	質 疑 事 項

※質疑事項が多い場合は、この用紙をコピーして使用して下さい。