（様式第８号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

　　　　　　　　　　　 　　　　　住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**質　　問　　書**

「病院給食調理等業務に係るプロポーザル」について、下記の事項を質問します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 書類名 | 頁数 | 項番 | 質問内容 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

※項目欄には質問対象の書類名 （実施要領・仕様書・様式等） 及び頁数、項番等を記載してください。

※質問内容は簡潔に記載し、項目が足りない場合は適宜追加してください。