

# 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 あて

所 在 地

商号又は名称

代 表 者 氏 名



契約の名称

手術支援ナビゲーションシステム及び顔面神経刺激装置 購入契約

| 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。