（様式第４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**

「地方独立行政法人市立吹田市民病院　患者利便施設運営事業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 |  |  |  |  |

※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。

本様式に係る担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |   |
| 担当者名 | 　 |
| 電話番号（内線） | 　 |
| FAX | 　 |
| E－mail | 　 |