様式第２号

質　　　　問　　　　票

　　　　年　 月　 日

（あて先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立循環器・呼吸器病センター病院長

　栁　澤　　勉

（ＦＡＸ０４８－５３６－９９２０）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 会 社 名 |  |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
|  |  |
|  | ＦＡＸ番号 |  |  |

※　質問がある場合は、下記に質問事項を記入の上、令和３年４月６日（火）午前９時から令和３年４月８日（木）午後３時までの間にファクシミリにてお送りください。

　質問の内容によっては、資料等を添付してください。

　入札参加資格者全員に共通な質問に対する回答は、令和３年４月１２日（月）午後４時までにホームページ内の本案件の発注図書ファイルに掲示します。

　共通しない質問に対する回答は令和３年４月１２日（月）午後４時までにファクシミリにて質問者に回答します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 案　 件　 名 | 術中神経モニタリングシステム |  |
| 納 入 場 所 | 埼玉県立循環器・呼吸器病センター　新館棟２階手術室 |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |