様式第２号

|  |
| --- |
| （宛先）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　　　　　　　　　　　　　　　　事務局用度担当　小沼電話 ０４８－５３６－９９００ＦＡＸ ０４８－５３６－９９００e-mail k369900z@saitama-pho.jp※提出期限：令和３年６月２２日（火）１５：００（原則、ＦＡＸによる提出） |

質　　　　問　　　　票

 　　　　年　 月　 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 会 社 名 |  |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
|  |  |
|  | ＦＡＸ番号 |  |  |
|  | メールアドレス号 |  |  |

※　質問がある場合は、下記に質問事項を記入の上、提出期限までに電子メール又は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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 案　 件　 名 | ボディーコンポジションアナライザー　一式 |  |
| 納 入 場 所 | 　　埼玉県立循環器・呼吸器病センター　本館棟２階　腎・透析センター |

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