|  |
| --- |
| （宛先） |
| 県立病院機構本部　医事・契約・訟務担当 　野口  電話:048-830-5985(直通)　FAX:048-830-4905　メール:a5970-06@saitama-pho.jp |
| 埼玉県立循環器・呼吸器病センター　用度担当　小沼  電話:048-536-9900(内線2571) FAX:048-536-9920 メール:konuma.takahiro@saitama-pho.jp |
| 提出期限　令和３年７月13日（火）　午後５時 |

質　問　書

令和　年　　月　　日

商号又は名称：

担当者所属氏名：

連絡先電話番号：

連絡先 E-mail：

次のとおり質問を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 購入等件名 | 血管撮影装置（循環器用・汎用）及び超電導磁気共鳴診断装置の購入及び保守 |
| 納入場所 | 埼玉県立循環器・呼吸器病センター |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 書類名、該当頁、 | 見出番号等 質問事項 |
| 質問１ | （例）  仕様書　１頁　２(3) | ＊質問の意図が明確に分かるよう、具体的な事例などを踏まえて質問事項を記載してください。 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※　質問事項には、質問者が特定できる企業名や個人名等を記入しないでください。

※　質問の内容によっては、資料等を添付してください。

※　この様式により難い場合は、この様式に準じて別途作成してください。