様式第１号

**質問票**

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立小児医療センター病院長 宛

　（ 用度担当　浜田 ）

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

　　次のとおり質問を提出します。（資料の添付　有り・無し）

|  |  |
| --- | --- |
| 案件名称 | 「クリースビータ皮下注１０ｍｇ、２０ｍｇ、３０ｍｇ」の単価契約 |
| 納入場所 | 埼玉県立小児医療センター　１階薬剤部 |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 質問１  質問２  質問３ |

　※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ものにあっては、この様式に準じて別途作成してください。