様式第２号

（宛先）

埼玉県立病院機構本部　総務・研修担当 　中村

電　話 ０４８－８３０－５９７０（直通）

ＦＡＸ ０４８－８３０－４９０５

e-mail a5970@saitama-pho.jp

※提出期限：令和４年２月２４日（木）午後４時（電子メールによる）

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 ：

次の通り質問を提出します。（資料の添付　有・無）

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 | 地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産保険及び役員傷害保険　一式 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。