様式第３－２号

令和　年　　月　　日

（あて先）

　　地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立がんセンター病院長　横田　治重

商号又は名称

参加資格確認通知書に関する説明請求について（照会）

　下記業務の参加資格確認結果について、疑問があるので説明を請求します。

記

１　対象業務

　(1) 委託業務名　埼玉県立がんセンター患者給食業務

　(2) 委託箇所　　埼玉県北足立郡伊奈町大字小室７８０番地

(3) 履行期間 令和４年７月１日から令和７年９月３０日まで

２　公示日　　　 令和４年２月２５日

３　疑問のある箇所

【連絡先】　担当者所属

担当者名

電話番号

ＦＡＸ番号

e-mail