様式第1号

（あて先）

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事務局管財担当

電話 048-601-2280

FAX 048-601-2201

e-mail sc.kanzai@saitama-pho.jp

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。（資料の添付　有・無）

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 | 埼玉県立小児医療センター外来・面会入館者健康確認業務（R4.4-6月） |
| 業務場所 （又は納入場所） | 埼玉県さいたま市中央区新都心1-2  埼玉県立小児医療センター |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 書類名、該当頁 | 見出番号等　質問事項 |
| 質問（例1） | （例）仕様書1頁　2（3） | \*質問の意図が明確にわかるように、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。