様式２

（宛先）

埼玉県立精神医療センター 事務局　会計・用度担当

電話 ０４８－７２３－６８０８

ＦＡＸ ０４８－７２３－１５５０

※提出期限：令和４年３月２８日（月）正午（持参又はファクシミリによる）

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 | 令和４年度生化学自動分析装置保守点検業務委託 |
| 履行場所  （又は納入場所） | 埼玉県立精神医療センター内の指定場所（北足立郡伊奈町小室818番地2） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。