

質 問 票

年 月 日

(宛先)

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立循環器・呼吸器病センター病院長

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)

調達案件名	WAISIV 知能検査
納入場所 (又は履行場所)	埼玉県立循環器・呼吸器病センター 治療棟 1 階 リハビリテーション室

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。

※この様式により難しいものにあつては、この様式に準じて別途作成してください。