様式第２号

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 | デジタルフルカラー複合機 |
| 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　地域医療連携・入退院支援センター |

|  |  |
| --- | --- |
| 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。

※この様式により難いものにあっては、この様式に準じて別途作成してください。