

質 問 票

年 月 日

(宛先)

地方独立行政法人埼玉県立病院機構
埼玉県立精神医療センター病院長

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	薬用冷蔵ショーケース（2 台）の購入
納入場所	埼玉県立精神医療センター 1 階 臨床検査室及び調剤室（各 1 台） 埼玉県北足立郡伊奈町小室 8 1 8 - 2

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。