様式第２号

質問票

令和５年　月　日

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　栁澤　勉

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | シンラインキャビネットの調達 |
| 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　埼玉県熊谷市板井１６９６番地 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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。