様式第１号

質　　問　　票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 質問作成日 | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 事業者名 |  | | | |
| 担当者 |  | TEL：  FAX： | | |
| 調達件名 | 医療費自動精算機 | | | |
| 質問資料名 |  | | 頁 |  |
| **質　問　内　容** | | | | |
| 【質問１】（添付資料：　□ 有　・　□ 無） | | | | |
|  | | | | |
| 【質問２】（添付資料：　□ 有　・　□ 無） | | | | |
|  | | | | |
| 【質問３】（添付資料：　□ 有　・　□ 無） | | | | |
|  | | | | |

（注意事項）

　１　質問及び回答は公開するので、質問者の類推が可能と思われる情報は記入しない。

　２　質問票（Wordファイル）は電子メールで提出し、電話により着信の確認を行う。ただし、電子メールが利用できない場合は、持参又はＦＡＸで提出する。

　３　質問に対する回答は、病院機構ホームページの「入札・契約情報」に掲載する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【提出先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　埼玉県立小児医療センター　会計担当　坂本

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｔ Ｅ Ｌ：048-601-2200（代）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ：048-601-2201

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：sc.kaikei@saitama-pho.jp