質　　　問　　　票

令和　　年　　月　　日

　（宛先）

　　埼玉県立小児医療センター病院長

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

　次のとおり質問を提出します。（資料添付の有無　　□ 有り　　□ 無し）

|  |  |
| --- | --- |
| 調達案件名 | 「徒手筋力測定器」の調達 |
| 納入場所  (又は履行場所) | 埼玉県立小児医療センター　３階　理学療法室 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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。