（様式２）

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

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名又は名称 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｅメールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 案件名 | 職員被服の購入 |

　　上記案件について、次のとおり質問します。

|  |
| --- |
| 質問１  質問２  質問３ |

　　※質問者が特定できる企業名や個人名等を記入しないでください。

　　※必要に応じて、資料等を添付してください。

　　※この様式により難い場合は、この様式に準じて別途作成してください。