様式第７号

# （宛先）

# 地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立循環器・呼吸器病センター事務局管財担当

# 電　話 　０４８－５３６－９９００（内線２５６２）

ＦＡＸ 　０４８－５３６－９９２０

電子メール　k369900s@saitama-pho.jp

質　問　書

令和　　年　　月　　日

商号又は名称　：

担当者所属氏名：

連絡先電話番号：

連絡先 E-mail ：

1. 件名：　埼玉県立循環器・呼吸器病センター「患者サービス事業（カード式テ

レビ等の設置及び運営事業）」

　標記案件について、以下のとおり質問書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 質問趣旨 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※質問事項には、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。

※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場合は、この様式に準じて別途作成してください。