様式第２号

押印不要

（宛先）

埼玉県立精神医療センター　事務局　医事担当

電話 ０４８－７２３－６８０６（直通）

e-mail　 n2311111@saitama-pho.jp

※提出期限：令和７年９月１２日（金）午後５時（電子メールによる）

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 ：

次の通り質問を提出します。（資料の添付　有・無）

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 | 医療費自動精算機の購入 |
| 納 入 場 所 | 埼玉県立精神医療センター内の指定場所（北足立郡伊奈町小室818番地2） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 書類名、該当頁、 | 見出番号等 質問事項 |
| 質問１ | （例）  仕様書　１仕様・銘柄 | ＊質問の意図が明確に分かるよう、具体的な事例などを踏まえて質問事項を記載してください。 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※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。