様式第２号

押印不要

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

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

　次のとおり質問を提出します。（資料の添付　有り・無し）

|  |  |
| --- | --- |
| 調達案件名 | ストレッチャーの購入 |
| 納入場所 | 埼玉県北足立郡伊奈町小室８１８－２  埼玉県立精神医療センター  本館１階、２階及び３階　第１外来、第２病棟、第１病棟  新館２階、３階　　　　　第５病棟、第６病棟  医療観察法棟１階　　　　第７病棟 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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。