令和　　年　　月　　日

大崎市病院事業管理者　様

（提出者）

住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

質　　問　　書

『大崎市民病院自動販売機設置事業者募集』にあたり、次の事項を質問します。

|  |
| --- |
| 質問事項 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※　記入欄が不足する場合には、適宜用紙（Ａ４タテ）を追加してください。

（担当者）所属・役職

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX 番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ-mail