様式第４号

　年　　月　　日

川口市病院事業管理者　あて

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

質問書

このことについて、下記のとおり質問します。

１　業務委託名

川口市立医療センター院内保育施設運営業務委託

２　質問事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類名 | ページ  番号 | 項目 | 質問内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：質問がない場合は、質問書の提出は不要です。

　　質問内容が複数となる場合は、適宜追加してください。

【連絡担当部署】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部署名 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  | | |