

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

川口市立医療センター画像診断システム更新業務について、下記のとおり質問します。

件 名	
資料名	
項 目	
質 問 内 容	

注：質問がない場合は、質問書の提出は不要。

質問内容が複数となる場合は、適宜追加すること。

提出は、W o r d形式のまま、電子メールで送信すること。

【連絡先】

所属	
氏名	
電話番号	
F A X 番号	
メールアドレス	