

(様式第2号)

令和 年 月 日

兵庫県病院事業 契約担当者
兵庫県立加古川医療センター院長 原田 俊彦 様

住 所

商号又は
名 称

代 表 者

電話番号

メールアドレス

質 問 書

兵庫県立加古川医療センター総務事務業務委託に係るプロポーザルについて、次のことを質問します。

質 問 事 項

(担当者) 担当部署名 :
電 話 番 号 :
F A X 番 号 :
メールアドレス :
氏 名 :