様式２

**質　問　書**

令和　 年　 月　 日

富山県立中央病院　御中

　　　　　　　　　　　　 会 社 名

担 当 者　　　　　　　　　 ㊞

連 絡 先（電話）

（ファクシミリ）

E-mail

富山県立中央病院診療材料調達・管理等業務提案について、次のとおり質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項目番号 | 質問内容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |

* 項目番号は、提案募集要項又は業務仕様書の項目番号を記載すること。