（様式第２号）

　　　　　年 　　月 　　日

地方独立行政法人　加古川市民病院機構

理事長　　　大西　祥男　様

　 　 住　　所

　　 商号又は名称

　代 表 者

　電話番号

質　　　　　問　　　　　書

　加古川中央市民病院　総合案内受付業務委託事業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・メールアドレス・ＦＡＸ番号・氏名