

様式 5

質 問 書

平成 年 月 日

(提出者)

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

(担当者)

所属部署

氏名

電話番号

F A X

Eメール

茅ヶ崎市立病院設備維持管理業務委託について、次の事項を質問いたします。

内 容