令和　　年　　月　　日

（宛先）茅ヶ崎市病院事業管理者

　所在地：

　　　　　　　　　　　　名称：

　　　　　　　　　　　　担当者：

　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　電子メール：

**質　　問　　書**

**（業務名）茅ヶ崎市立病院給食調理業務委託**

|  |  |
| --- | --- |
| 事　項 |  |
| ○質問内容 |

（注）この質問書は、令和６年８月２６日（月）１７時までに提出してください。

メール送信後は、必ず電話でご連絡ください。