

(様式第6号)

## 質 問 書

令和 年 月 日

公立朝来医療センター  
病院長 木山 佳明 様

住 所  
商号又は名称  
代表者名

代表者印

公立朝来医療センター患者給食業務委託事業者募集要項に基づくプロポーザルについて、  
次のことを質問します。

<連絡先>

所 属  
氏 名  
電 話  
ファクシミリ  
メールアドレス

| 関連資料<br>頁・番号等 | 項 目 | 内 容 |
|---------------|-----|-----|
|               |     |     |