

(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 頁・番号等	項 目	内 容