様式Ⅰ－５号

令和　　年　　月　　日

市立福知山市民病院

　　事務部　総務課　御中

住　　　　所

代表者　役職氏名　　　　　　　　　　　　　印

質　　　問　　　書

「患者給食等業務」公募型プロポーザル参加表明について、次の事項を質問いたします。

|  |
| --- |
| 質　　　　　問　　　　　事　　　　　項 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

担当部署

担当者名

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ‐mail