

質 問 書

令和 年 月 日

(あて先) 地方独立行政法人
長崎市立病院機構 理事長 様

(所在地)

(商号又は名称)

(代表者氏名)

印

「長崎みなとメディカルセンター 入院セットレンタル業務運営事業者選定プロポーザル」について、次の事項を質問いたします。

「募集要項」・「仕様書」等の ページ番号等	質問事項

注) 質問がない場合は、提出不要とする。