（様式７）

質　問　書

　市立豊中病院夜間病棟看護補助員の派遣業務受託候補者選定に係る内容について、以下のとおり質問いたします。

年　　月　　日

1. 質問者
   * 会社名（商号又は名称）
   * 代表者（職・氏名）
   * 担当者名
   * E－Mail
   * 電話番号
   * FAX
2. 質問事項
   * + 質問は１問につき、用紙１枚を使用してください。