（様式５）

　　年　　月　　日

（あて先）豊中市病院事業管理者

（提出者）

所在地

商号又は名称

代表者氏名

担当者

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ－ＭＡＩＬ

**質　問　書**

市立豊中病院手術室運営支援業務委託公募型プロポーザル募集要項に基づく企画提案書等について，次の事項を質問します。

|  |
| --- |
| 質問事項 |
|  |

※質問事項には，質問のタイトル，質問の資料（募集要項，仕様書，様式等）及び該当箇所を必ず記載すること。