（様式４号）

**質　問　書**

　「泉大津市立周産期小児医療センター患者給食業務」に参加するにあたり、次の事項を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質 問 事 項 | 質 問 内 容 |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 | |  |
| 担当者  所属・氏名 | |  |
| 連　絡　先 | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-Mail |  |

※　記入欄が不足するときは、複写して作成してください。