**質　問　票**

令和　　年　　月　　日

■西宮市立中央病院医事関係業務委託に係るプロポーザル方式事業者選定

質問は明確かつ具体的に記入してください。枠や行数は自由に調整してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | ページ番号等 | 質問内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質　問　者  （連絡先） | 会社名 |  |
| 所属・役職等 |  |
| 氏　名 |  |
| 電　話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

質問の留意点

　１．質問受付期間以外での質問や、電話での質問は一切受け付けできません。

　２．質問票はメールで提出し、送信後は必ず担当者へ連絡してください。

　３．質問内容が分かりにくい場合など、質問者へ確認を行う場合がありますので、

連絡先は誤りのないように記入してください。質問内容によっては回答できないこともあります。