質　　問　　書

令和　　年　　月　　日

（連絡先等）

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 担当者 | 所属　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| Eメール |  |
| 電話及びFAX |  |

新病院テレビシステム等運営事業者選定に係る公募型プロポーザル方式事業者選定企画提案にあたり、次の事項を質問します。

（質問事項）

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※１　質問項目には、質問のタイトルのほか、質問する資料名（実施要領、様式、その他）及び

　　　該当箇所も記載すること。

※２　1項目１欄を使用して、欄が不足するときは、複写などで追加してください。

※３　質問は、必ず下記アドレス（総務課施設係　永井）宛にメールでお願いします。

E－mail：kazunori.28835@city.arao.lg.jp