（様式11）

質問書

令和　　年　　月　　日

　米沢市立病院事務局医事課　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話・FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mailｱﾄﾞﾚｽ

　「米沢市立病院新病院ネットワーク構築業務委託　公募型プロポーザル実施要領」等に関して、次のことを質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 該当箇所 | 質問内容 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

※　記入欄が不足する場合は、本様式に準じて追加作成すること。