（様式５）

質　　問　　書

令和　　　年　　　月　　　日

名称又は商号

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

電　話

ＦＡＸ

e-mail

奈良県立医科大学附属病院入院セットレンタル業務に係る公募型プロポーザル実施要項等について、以下のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 |  |
| （内容） |

* 質問は、本紙１枚につき１問としてください。
* 質問は、必ず下記アドレス宛電子メールもしくはファックスでお問い合わせください。

＜提出先メールアドレス　　kosaidan@naramed-u.ac.jp＞