（様式４）

令和３年　　月　　日

質　　問　　書

舞鶴地域麻酔センター情報ネットワークシステム導入業務公募型プロポーザルに係る企画提案書作成について、下記のとおり質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 商号又は名称 |  |
| 所　　　　属 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |
| FAX番号 |
| E-mail |

注１）記入欄が不足する場合は欄の行数を増やして作成してください。

注２）質問書提出後、選定委員会事務局まで提出確認の電話をしてください。

（電話番号（舞鶴市地域医療課内）0773-66-1051）