様式４

**質問書**

入院セットレンタル提供業務プロポーザルについて、募集要領９に基づき質問をしますので、回答願います。

令和　　年　　月　　日

豊川市病院事業管理者　三島　晃　殿

( 提出者 )

住所

事務所名

代表者名

担当者名

電話番号

ＦＡＸ

E－MAIL

※様式５を添付すること。