

(様式第3号)

令和 年 月 日

質 問 書

業務名	北杜市立塩川病院売店運營業務		
事業者名			
担当者			
電話		F A X	

質 問 事 項

--	--	--	--

担 当 北杜市立塩川病院 総務課 庶務担当 宛

電 話 0 5 5 1 - 4 2 - 2 2 2 1 F A X 0 5 5 1 - 4 2 - 2 9 9 2

※ F A X 送信後、受信されているか必ず電話で確認してください。