（様式第１１号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2025年　 月　　日

近江八幡市立総合医療センター自動販売機設置事業に関する質問書

近江八幡市病院事業管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　氏　名

電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

　近江八幡市立総合医療センター自動販売機設置事業に関する募集要領等について、次のとおり質問がありますので、提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問番号 | 質 　問 　事 　項 |
| ① |  |
| ② |  |
| ③ |  |
| ④ |  |
| ⑤ |  |

　注　質問がない場合は質問書の提出は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問番号 | 質 　問 　事 　項 |
| ⑥ |  |
| ⑦ |  |
| ⑧ |  |
| ⑨ |  |
| ⑩ |  |
| ⑪ |  |
| ⑫ |  |
| ⑬ |  |
| ⑭ |  |
| ⑮ |  |

　注　質問がない場合は質問書の提出は不要で