質問書

　令和　　年　　月　　日

光市長　様

入札参加者　住所

商号又は名称

代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 | 光市休日診療所医療事務処理コンピュータ機器等賃貸借業務 |
| 質　問　事　項 |
|  |

ＦＡＸ送信先：光市入札監理課　０８３３－７２－６１６６