（様式５号）

質問（回答）書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

入札番号　　磐病総 第3017号

件　　名　　令和7年度　磐田市立総合病院院内移動電話サービス

磐田市立総合病院 病院事務部 病院総務課　宛

住所：

会社名：

担当者名：

E-mail：

質問（回答）事項

|  |
| --- |
|  |

（注）質疑が本用紙に納まらない場合は、この用紙を複写してご使用下さい。

持参、郵送、電子メールのいずれかにて提出してください。