

(様式2)

質 問 書

平成 年 月 日

市立伊勢総合病院 様

(連絡先等)

会 社 名	
担 当 者	所属 氏名
E メ ー ル	
電話およびFAX	

市立伊勢総合病院給食業務委託にかかるプロポーザルにおいて、次の事項について質問します。

(質問事項)

項 目	質 問 内 容

※ 1項目1欄を使用して、欄が不足するときは、複写などで追加してください。

※ 質問は、必ず下記アドレス宛Eメールにてお願いします。

Eメールアドレス : hos-eiyo@city.ise.mie.jp