

【様式 5】

質 問 書

令和 年 月 日

栗原市病院事業管理者 平本 哲也 殿

住所

商号又は名称

代表者職氏名

栗原中央病院患者給食業務公募型プロポーザルについて、下記のとおり質問いたします。
記

質問項目	質 問 内 容

【担当者】

部署

氏名

TEL

FAX

E-Mail