（様式1）

令和　　年　 月　 日

北見赤十字病院

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名

質　問　書

件名：北見赤十字病院及び北海道立北見病院における検体検査業務委託

|  |
| --- |
| 質　問　事　項 |
|  |

回答の送付先

担当部署：

担当者名：

電話番号：

FAX番号：

E-mail :

参加表明書を提出する意向のある者で質問がない場合は、質問書に「質問なし」と記載してください。