

質 問 書

平成 年 月 日

地方独立行政法人大牟田市立病院 総務課

応募事業者
商号又は名称
所在地
代表者氏名

| No. | 書類名 | 頁数・見出番号 | 質問内容 |
|-----|-----|---------|------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

質問欄が不足する場合は、適宜「行」を追加のうえ作成してください。