

# 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。