様式第４号

兵庫県立尼崎総合医療センターにおける売店等運営事業者選定に係る質問書

宛先：

〒６６０－８５５０

 尼崎市東難波町二丁目17番77号

兵庫県立尼崎総合医療センター総務部総務課（FAX：06-6480-7001）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問者 | 会 社 名 |  |
| 住　　所 |  |
| 作成者の所属・氏名 |  |
| 電 話 |  |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 |  |
| 質問要旨 |  |
| 項　　目 |  |
| 質問要旨 |  |