（宛先）

社会福祉法人済生会支部埼玉県済生会鴻巣病院

　　　　　　　　　　　　　　　　事務部総務課　山ノ井

電話　　０４８－５９６－２２２１（代表）

MAIL　　soumu01@kounosu-hp.jp

※提出期限：令和6年10月31日（木）17時（提出方法は電子メールに限る）

質問書

令和　年　　月　　日

次の通り質問を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 | 臨床検査業務委託 |
| 履行場所（又は納入場所） | 〒365-0073　埼玉県鴻巣市八幡田８４９ |

|  |  |
| --- | --- |
| 会　社　名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| 連　絡　先 | TEL　 ：FAX　 ：E-mail： |
| 質 問 内 容 |  |

※上記の範囲内で分かりやすく記載してください。

※質問の内容によっては、資料等を添付してください。

※この様式により難い場合は、この様式に準じて別途作成してください。