仕様等に関する質問書

（宛先）川崎市立多摩病院

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 件名 |  |
| 事業者名 |  |

※　英数字は半角で記入してください。

| 質問内容 |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |