

募集要領 様式 1

給食業務委託公募型プロポーザルに関する質疑書

年 月 日

佐川町病院事業管理者 様

所在地 _____

事業者名 _____

代表者名 _____ 印

質疑内容

《連絡先》

担当者名 _____

電話番号 _____

F A X _____

電子メール _____