（様式１）

質　問　書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人大牟田市立病院　総務課

応募業者

商号又は名称

所在地

代表者氏名

質問者役職・氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 質問内容 | 書類名 | 頁数・見出番号 |
| 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。

※公募書類の特定の項目についての質問は「書類名」「頁数・見出番号」も記載してください。