様式５

**質問書**

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人大牟田市立病院

理事長　　鳥村　拓司　殿

商号又は名称

担当者役職・氏名

TEL

E-mail

　下記のとおり質問します。

　なお、本書により質問した内容及びその回答が貴院のホームページに掲載されることに同意します（ただし、競争上の地位その他の正当な利害を害するおそれがある場合を除く。）。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 質問事項 |
|  |  |