

様式 2-1 その他の質問書

2024年 月 日

地方独立行政法人 加古川市民病院機構  
理事長 大西 祥男 様

住 所  
商号又は名称  
代 表 者  
電話番号

その他の質問書

加古川中央市民病院患者給食調理及び調乳業務委託に係るプロポーザルについて、次のことを質問します。

質問事項

(担当者)担当部署名・電話番号・メールアドレス・FAX番号・氏名