# （様式5）

令和　年　月　日

質　問　書

船橋市立医療センター新病院開院支援業務委託公募型プロポーザルについて、以下のとおり質問します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 資料名 | 該当箇所 | 内容 |
| 記入例 | 実施要領 | ○ページ１　⑶　②○○○○○○○○○○○ | ○○○○○○○○○○○ |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

* 不足の場合は、頁を追加すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 【担当者連絡先】 |  |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メール |  |