様式第６号

質　問　書

（鹿児島市立病院入院セット提供業務に係る企画提案競技関連）

提出日：令和　　年　　月　　日

会社名	
所在地	
担当者	部署名：　　役　職： 氏　名：　　連絡先：

ＮＯ	区分 （※１）	該当資料名	頁	質問内容
１				
２				
３				

注　質問受付期限　参加資格関連　　：令和６年１０月１５日（火）午後５時１５分まで
　　企画提案書関連　：令和６年１１月　５日（火）午後５時１５分まで

※１　参加資格に関する質問は「参加資格」、企画提案書に関する質問は「企画提案書」と記載してください。

２　具体的な資料がない質問の場合は、資料名・頁等の項目は空欄にしてください。

３　１つの質問につき、１つの欄を使用してください。

４　質問書の受付は電子メールのみとなります。電子メールで提出後、医事情報課医事係に送付した旨を必ず電話で連絡してください。

５　医事情報課医事係の連絡先

電話：099-230-7021

E-mail：hpiji-iji@city.kagoshima.lg.jp