（様式４）

　　年　　月　　日

つがる西北五広域連合病院事業管理者　様

所在地(住所)

商号又は名称

　　代表者氏名

質　問　書

業務名：つがる西北五広域連合鰺ヶ沢病院照明ＬＥＤ化整備事業

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 質問箇所 | 質　問　事　項 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

注）欄が不足する場合には、適宜記入欄又は用紙を追加して記入してください。

（連絡先）所属：

担当者：

電話：

FAX：

E-mail：