

受付番号

様式 13

平成 年 月 日

(あて先) 小牧市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

### プロポーザルに関する質問書

新小牧市民病院建設設計業務委託プロポーザルについて、次の項目について質問いたします。

質問事項