様式4

2025年　　月　　日

質　問　書

公益財団法人豊田地域医療センター

理事長　宮　川　秀　一　　殿

（質問者）住所

商号又は名称

担当者氏名

電話番号

メールアドレス

患者給食業務委託業者選定プロポーザルについて、下記の通り質問します。

記

質問事項

|  |  |
| --- | --- |
| （１） |  |
| （２） |  |
| （３） |  |
| （４） |  |
| （５） |  |

＊質問事項が様式の範囲内で収まらない場合は、別紙を添付してもよいです。