様式 ７

質 問 書

令和　　年　　月　　日

所在地

名称

担当者名

電話番号

# FAX

# E-mail

質問事項（新佐渡市立両津病院基本設計業務委託）

|  |  |
| --- | --- |
| 表　題 | 内　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※　表題及び内容は、簡潔に分かりやすく記載してください。