

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。