（様式３）

質　問　書

　　令和６年　　月　　日

長岡赤十字病院

院長　川嶋　禎之　様

商号又は名称

代表者の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　長岡赤十字病院医療情報システム設計構築業務　公募型プロポーザルに係る参加資格要件確認書類の作成について下記の事項について質問します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 質問の内容等 |
|  |  |

※１ この様式は参加資格要件確認書類作成に関する質問をする場合に提出してください。

※２ 提案書類作成に関する質問は様式４を提出してください。