（第４号様式）

**質　問　申　請　書**

令和　　　年　　　月　　　日

三重県知事　あて

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

令和元年11月19日付けで公告のありました案件について、下記のとおり質問がありますので申請します。

（委託業務名）三重県立子ども心身発達医療センター医事業務委託

|  |
| --- |
| 質問項目　(具体的に記載してください。) |

|  |
| --- |
| 【連絡先】担当部署：担当者名：TEL：FAX：E-Mail： |

受付期限：令和元年12月２日（金）15時まで（必着）

提出場所：〒514-0125　三重県津市大里窪田町340番５

三重県立子ども心身発達医療センター　管理部　総務企画課

FAX：059-253-2031　E-Mail：childc@pref.mie.lg.jp

提出方法：持参又はFAX、E-Mail

※ FAX又はE-Mailの場合は、必ず電話で着信の確認をしてください。