**質　疑　申　請　書**

令和　　　年　　　月　　　日

三重県病院事業庁長　あて

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名

印

令和２年１０月２３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。

（案件名）自動再来受付機及び自動精算機等　納入設置

|  |
| --- |
| 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２年１０月２９日（木）１２時まで（必着）

提出場所：〒５１４－０８１８　三重県津市城山１丁目１２－１

三重県立こころの医療センター　運営調整部　医事会計課（担当：小林）

電　話　059-235-2125　　　ＦＡＸ　059-235-2135

E-mail　 kobayk12@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。