**（様式５）**

年　　月　　日

藤沢市長

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

藤沢市民病院診療材料調達管理業務委託公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 実施要領・仕様書等のページ | **質問内容①** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 実施要領・仕様書等のページ | **質問内容②** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 実施要領・仕様書等のページ | **質問内容③** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 実施要領・仕様書等のページ | **質問内容④** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 実施要領・仕様書等のページ | **質問内容⑤** |
|  |  |

※「代表者職氏名」については、参加資格要件を満たす者が受任者（支店・

営業所等）の場合には、受任者の所在地・名称を記載してください。

名称（例：〇〇（株）□□支店）、役職氏名（例：□□支店長△△△△）