

(様式2)

平成 年 月 日

公立大学法人横浜市立大学
理事長 二見 良之

住所
商号又は名称
代表者職氏名 印

質 問 書

件名：公立大学法人 横浜市立大学附属市民総合医療センター 医事業務委託（再募集）

質 問 事 項

連絡担当者
所属
氏名
電話
ファックス
E m a i l

注：1 この様式に質問を記入し、E-mail（ u_ijikan@yokohama-cu.ac.jp ）に添付して送信してください。

質問受付期間 **平成28年12月13日（火）から12月26日（月）午後5時まで（必着）**

- 2 質問事項及び回答は参加意向申出書の提出があった全社に電子メールで送信します。
- 3 質問がない場合は質問書の提出は不要です。