（様式３）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

|  |
| --- |
|  |

連絡担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ファックス

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅｍａｉｌ

注：１　この様式に質問を記入し、E-mail（ [u\_ijikan@yokohama-cu.ac.jp](mailto: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30年８月28日（火）から９月４日（火）**午後５時まで（必着）

２　参加意向申出書（様式１－１）及びその他必要書類を提出し、本件プロポーザルの参加資格を有することが確認された者全員に電子メールで回答します。

３　質問がない場合は質問書の提出は不要です。