

様式 3

旧常滑市民病院の民間売却促進支援業務委託に関する質問書

年 月 日

事業所名
担当者名
連絡先 (電話)
(F A X)
(e-mail)

質問内容

項 目	内 容

* 質問内容は、簡潔かつ具体的に記入してください。