様式５

**質　　問　　書**

令和　年　月　日

**（質問者）**所在地

商号・名称

代表者

**（担　当）**担当部署

職・氏名

電話番号（会社）

電話番号（携帯）

電子メール

地方独立行政法人知多半島総合医療機構会計監査人の選定に係る公募型プロポーザル実施要項等について下記のとおり質問します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 頁 | 行(表) | 質問内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※「区分」欄については、要領・仕様書・様式１など該当する資料の別を記入