様式４

質　問　票

令和７年　　月　　日

飛騨市民病院 食事サービス提供業務委託（単価契約）事業者選定に係る公募型プロポーザルに関し、以下のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ｅ－ｍａｉｌ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| № | 質問事項 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※当様式により電子メールにて送信してください（フリーメールは不可）。

※電話による着信確認を必ず行ってください。

※送付先：byoin@city.hida.lg.jp

※質問受付期限：令和７年７月１５日（火）午後５時まで