

令和 年 月 日

# 質 問 書

沖縄県立中部病院長 殿

住 所  
商 号  
代表者名  
質問者名

印

件 名：沖縄県立中部病院清掃業務委託

No.	質 問 事 項

※FAX の場合は、必ず電話にて受信確認をすること。