質　問　書

様式３

（件名）　石巻市立病院クレジットカード納付導入に伴う指定代理納付者選定に係るプロポーザル

平成　　年　　月　　日

　　石巻市長　　殿

【提出者】

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者連絡先 | 部署・職・氏名 |  |
| 電　話 |  |
| e-mail |  |

標記プロポーザルについて、次のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 書類ページ等 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※１　質問事項に対する書類ページ等には、「実施要領○ページ□行目」等と記入のこと。

※２　質問がない場合は、提出不要とする。欄が足りない場合は、適宜追加すること。