

質 問 書

(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

印

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。