様式２

神奈川県立汐見台病院の移譲に係る質問書

平成　年　月　日

　神奈川県保健福祉局県立病院課　行

質問者　　所在地

事業者名

担当部署名

担当者氏名

連絡先TEL

連絡先E-mail

　神奈川県立汐見台病院移譲先の公募について、次の事項を質問します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 募集要項質問箇所 | （項目名） |  |
| （ページ） |  |
| その他 | （募集要項に記載がないものの場合に質疑のタイトルを記載） |
| 質問事項 |  |
| ２ | 募集要項質問箇所 | （項目名） |  |
| （ページ） |  |
| その他 | （募集要項に記載がないものの場合に質疑のタイトルを記載） |
| 質問事項 |  |

（注）欄が不足する場合は、適宜、欄を追加する等により使用してください。