（様式５）

福井県立病院ホームページ改修および保守業務

公募型プロポーザルに関する質問書

福井県立病院医療サービス課あて

質問書提出日：

商号（名称）：

担当者名：

電話番号：

FAX番号：

電子メール：

|  |
| --- |
| ＜質問内容＞ |