（様式第４号）

令和　　年　　月　　日

（宛先）川崎市病院事業管理者

住所

商号又は名称

　　　　　代表者職氏名

川崎市立川崎病院における飲料自動販売機設置事業者　質問書

１　提出枚数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　枚

２　質問内容

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 質　問　内　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |