様式１

**質　問　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年　　月　　日

府中市長　様

　　　　　　 　　　　　　　　　　住所

 　　 　　　　　　　 商号又は名称

 　　　　　　　 　　　　　　　　 代表者名 　　　　　　　　　　　　㊞

【 連絡先 】

 担当者職氏名

 所属部署名

 電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 名 | 　府中市立湯が丘病院脳波計一式調達業務 |
| 質問事項 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　（注）質問事項が多い場合は、ページを増やすなど適宜対応すること。