（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

**仕様書に関する質問書**

伊万里・有田地区医療福祉組合

病院事業管理者　桃　﨑　宣　明　様

担当者氏名

TEL

e-mail

　伊万里・有田地区医療福祉組合が発注する「伊万里有田共立病院　磁気共鳴断層撮影装置（MRI）一式」の仕様書に関して不明な点がありましたので質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 質　問　内　容 | |
| No.1 |  |
| No.2 |  |
| No.3 |  |