（様式３）

質　問　書

令和　　年　　月　　日

沖縄県病立南部医療センター・こども医療センター院長　殿

会社名

住　所

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　院内売店事業について、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質　問　事　項 | 備　考 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

【当該質問に係る担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　設備・調達課 |
| 担当者名 | 川上　喜臣、　宮城　靖 |
| 電話番号 | 098-888-0123 |
| ＦＡＸ | 098-888-6400 |
| 電子メール | kawakay@pref.okinawa.lg.jp |