（様式３）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**質　　問　　書**

　長浜市病院事業管理者　髙折　恭一　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　質問に対する責任者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ－ｍａｉｌ

　長浜市立湖北病院クレジットカード決済業務　その１（ＶＩＳＡ・Ｍａｓｔｅｒ）仕様書に関して、別紙に掲げる事項を質問します。

　提出書類

　　◎質問書・・・・・　　　　　　　　枚

質　　問　　書

長浜市立湖北病院クレジットカード決済業務　その１（ＶＩＳＡ・Ｍａｓｔｅｒ）

|  |  |
| --- | --- |
| 書類名・項目等 | 質問内容 |
|  |  |