

(様式3)

令和 年 月 日

質 問 書

長浜市病院事業管理者 高折 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2（JCB・AMEX・DINERS）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2（J C B ・ A M E X ・ D I N E R S）

書類名・項目等	質問内容