様式４－①

令和　　年　　月　　日

長浜市病院事業管理者　様

住所（所在地）
商号又は名称
代表者職
氏名　　印

【対応者】
所属
氏名
電話番号
ＦＡＸ番号

質　問　書

長浜市立湖北病院医事業務等委託及び長浜市立湖北病院医師事務作業補助業務及び病棟クラーク業務に係る労働者派遣業務に関し、次の事項について質問します。

【No.　　】

業務の別、実施要領、仕様書等の別	□医事業務等 □労働者派遣業務 □実施要領 □仕様書等 □その他（　　）
質問事項に係る実施要領等のページ	
質問事項に係る実施要領等の具体的箇所	
質問事項（具体的に）	

※質問は、１項目ごとに１枚記載してください。用紙が不足する場合は、コピーして使用してください。

様式４－②

【No.　　】

業務の別、実施要領、仕様書等の別	□医事業務等 □労働者派遣業務 □実施要領 □仕様書等 □その他（　　）
質問事項に係る実施要領等のページ	
質問事項に係る実施要領等の具体的箇所	
質問事項（具体的に）	