別紙様式－２

高知医療センター患者等給食業務委託のプロポーザルに関する質疑書

令和　　年　　月　　日

所在地

事業者名

担当者名

電話番号

# FAX

# E-mail

質疑内容

提出期限：令和６年８月20日（火）17時まで

提出先：高知県・高知市病院企業団業務課　担当　山崎・須賀

ＦＡＸ：０８８－８３７－６７６６