別紙様式－２

高知医療センター売店、職員食堂及びレストラン運営事業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７年１月24日（金）17時まで

提出先：高知医療センター事務局業務課

担当　大西・山崎　　　　ＦＡＸ：088-837-6766