

年 月 日

至 急

(様式第4号)

F 受	A 信	X 者	市立貝塚病院事務局総務課 西村 行 〒597-0015 大阪府貝塚市堀3丁目10番20号	FAX 072-439-6061
F 送	A 信	X 者	商号又は名称 担当者氏名 ㊞	FAX TEL
質 疑 書 (市立貝塚病院勤怠システム導入業者選定に係る仕様書について)				
質 疑 事 項				

※仕様書に不明点がある場合、上記に明記し、FAXにて問い合わせること。電話等での質疑は一切受け付けません。

※問い合わせ期限は令和6年12月24日(火)までとし、12月25日(水)に全業者宛FAXにて返答します。