**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構理事長　　殿

住所

商号又は名称

代表者役職氏名

〔担当者・連絡先〕

|  |  |
| --- | --- |
| 部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話 |  |
| ファクシミリ |  |
| E-Mail |  |

業務の名称　　地方独立行政法人宮城県立病院機構の保有する資産に対する財産保険業務

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 質問事項 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（備考）

* 質問はEメールにより提出すること。
* 提出された場合，質問者あてに到達確認の返信を行うので，必ず御確認ください。