様式第２号

福井県立すこやかシルバー病院指定管理者募集要項に関する質問票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　福井県健康福祉部長寿福祉課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　質問者　団　体　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回答書送付先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅメールアドレス

※　質問は１項目ずつ別葉としてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 募集要項の該当項目等 | 質　問　内　容 |
|  |  |