（様式１）

給食業務委託公募型プロポーザル質疑書

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７月22日（火）午後５時まで

提出先：高知県立あき総合病院　担当　山下・西村

FAX：0887-34-2687

E-mail：620103@ken.pref.kochi.lg.jp