様式第３号

質　疑　書

令和 年 月 日

糸田町長 森 下　博 輝 様

　　　　　（提出者）商号又は名称

　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　メールアドレス

件　名： 無散瞳眼底カメラ購入

|  |
| --- |
| 質疑内容 |
|  |

（提出先）糸田町立緑ヶ丘病院　庶務係　田村まで

（電話番号）0947-26-0111

（ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）midorigaokahp@titan.ocn.ne.jp

　質疑については、この質疑書を用い下記の指定する日時までに送信することとします。

　（質疑提出期限）令和７年７月11日（金）午後１時まで

　（質問回答日）　令和７年７月16日（水）午後５時まで