**地域医療課メールアドレス：chiiki-iryo@city.saitama.lg.jp**

**質問書**

令和　　年　　月　　日

さいたま市長　様

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

（担当者　　　　　　　　　　　　　）

ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

このことについて、下記のとおり質問いたします。

|  |
| --- |
| **件　　名**さいたま市民医療センター長期修繕計画策定支援業務 |
| **質問事項** |