

(様式第 4 号)

令和     年     月     日

## 参加資格に関する質問書

小松市民病院管理局総務課   宛

業   務   名		小松市民病院人事評価制度構築支援業務
商号又は名称		
No.	実施要領の項目	質疑内容
連絡先		担当者職氏名 電   話   番   号 F A X   番   号 E - m a i l