**（様式第5号）**

**質　　問　　書**

令和 　　年 　　月 　　日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪はびきの医療センター　院長　様

商号又は名称

担 当 者 名

電 話 番 号

ＦＡＸ 番号

メールアドレス

　大阪はびきの医療センターのデジタルX線透視撮影システム CUREVISTA Openの購入契約に係る一般競争入札に係る仕様内容等について、下記の質問に回答してください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 質　　問　　項　　目 | 内　　　　　　　　容 |
|  |  |

（注意事項）

1. 質問のある方は、本質問書を令和８年２月６日（金）午後５時までに、以下の提出先に提出すること。なお、必ず着信の有無を確認すること。
2. 質問への回答は電子メール又はファクシミリにて入札参加者全員に回答を送付するため、電子メールアドレス又はＦＡＸ番号を必ず記入すること。
3. 本件入札に直接関係のない質問及び指定した日時を過ぎて提出された質問書については、いずれも回答しません。

|  |
| --- |
| 質問書の提出先）大阪はびきの医療センター 事務局 施設保全グループ  TEL：072-957-2121（内線：5376）  メールアドレス：shisetsu\_shisan@ra.opho.jp  FAX番号：072-958-3291 |