（様式2）

質問書

平成　　年　　月　　日

所　　在　　地
商号又は名称
代 表 者 氏 名　　㊞
（本社から委任されたものについては受任者）

業務名　　市立池田病院食事提供調理業務

番　号	質　　問

※　質問のない場合も、その旨記載して提出して下さい。