質　　問　　書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人 大阪府保健医療財団 理事長　様

（申請者）
所　在　地
商号又は名称
職・氏名　　㊞
電話番号
ＦＡＸ番号
メールアドレス

病理細胞診検査業務支援システム賃貸借契約の入札にあたり、下記の疑義について御回答ください。

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11月９日（月）午後４時まで**に当財団へファックスすること。
② 入札参加資格を有する者全員に回答をＦＡＸで送付します。
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、いずれも回答しない。

質問の提出先　536-0025　大阪市城東区森之宮1丁目6番107号
公益財団法人 大阪府保健医療財団 大阪がん循環器病予防センター事務局
FAX：06-6964-0665