別紙様式

**質　　　　疑　　　　書**

年　　　月　　　日

住　所

商号又は名称

代表者氏名

（押印不要）

（担当者　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（ＦＡＸ番号　　　　　　　　　　　　　　　）

１　番　号　　新潟市公告第５２１号

２　品　名　　高度救急救命処置シミュレーター

|  |
| --- |
| 質　　疑　　事　　項 |
|  |