

様式 2

質 問 書

件 名	地方独立行政法人埼玉県立病院機構（仮称）の主要取引金融機関選定		
質 問 日	令和 2 年 月 日	整理番号	
金融機関名			
担当者連絡先			
部 署 名			
職 名			
氏 名			
所 在 地			
電 話 番 号			
FAX 番 号			
E - m a i l			
質問内容			