

質 問 書

質問日：令和 年 月 日

件名	移動型デジタル式汎用一体型X線透視診断装置
----	-----------------------

No.	質問事項

(質問者)

住 所
商号又は名称
代表者氏名
担当者名
T E L () -
F A X () -

備考 質問に対する回答は、質問書提出後2執務日以内に高松市病院局ホームページに掲載します。