様式５

　質　問　票

提出日：　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 件　　　　名 | 公益財団法人東京都医学総合研究所　給与計算処理に係る導入及び運用業務委託 |
| 提出者 | 所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 電　　　　　　話 |  |
| メール |  |
| 担当者　所属・氏名 |  |
| 質問内容 |  |