地下1階熱源機械室冷温水発生機№1・2排熱仕切弁交換工事に係る質疑事項書

社　　名

担当者名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

|  |  |
| --- | --- |
| 質疑事項 | 回　　答 |
|  |  |

※回答欄は空欄にしておくこと。

※メール又はＦＡＸにて送信後、必ず着信の確認をすること。

（確認先：君津中央病院　事務局管財課　TEL０４３８－３６－１０７２）