様式　A

**「地方独立行政法人大阪府立病院機構における会計監査人業務」企画提案公募**

質　問　票

|  |  |
| --- | --- |
| 監査法人等の名称 |  |
| 担当者　所属・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| 質問内容　　　※複数ある場合は数字等で区別してください。枠は適宜拡大してください。 |
|  |