　令和　　年　　月　　日

**質問書**

**エチレンオキサイドガス滅菌装置賃貸借**

|  |  |
| --- | --- |
| 社名 |  |
| 所属・担当者名 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |

|  |
| --- |
| 質　問　内　容 |
|  |