（様式５）

質　疑　応　答　書		2
件　　名　浜松医療センターエネルギーサービス事業者選定プロポーザル		
事業者名		
メールアドレス		
提 出 日　平成２９年１０月３０日	回 答 日　平成２９年１０月３１日	
項　目	質　疑　事　項	回　答　事　項
参加者	浜松市に事業所などが無い会社の単独参加は可能でしょうか。	貴見のとおり。
審査基準	体制④地元企業の活用についての配慮（加点）は、下請け業者、協力事業者、もしくはメーカーでも宜しいでしょうか。	貴見のとおり。