様式４－１

年 月 日

質問書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 件名 | 東御市民病院等医事業務委託 | |
| 質問書  提出者 | 住所又は所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 電話・ファクシミリ |  |
| 質問事項 | | |
| １  ２  ３ | | |

※　本質問書は電子メールで提出すること。