質問書

　　年　　月　　日

（あて先）一宮市病院事業管理者

所　 在 　地

商号又は名称

代 表 者 名 　　　　　　　　　　　　　印

一宮市立市民病院地域医療連携室業務委託公募型プロポーザル提案審査について、下記のとおり質問します。

（質問数：　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質問事項 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　※行が足りない場合は、適宜追加、調整すること。