（様式3）

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人済生会支部

神奈川県済生会神奈川県病院

担当者　宛

提出者　　商号又は名称

担当者氏名

連絡先　　TEL：

E-Mail：

業務名：済生会神奈川県病院　医事業務委託

質　問　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 質問内容 | 参考頁 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

※１　質問は、1番号につき１問とし、簡潔にまとめて記載すること。

※２　質問数に応じて番号枠を増減し作成すること。また、１枚に収まらない場合は枚数（ページ）を追加し作成すること。なお、「番号」欄は１番からの通し番号とする。