様式16

質　疑　書

　　　　年　　月　　日

（宛先）

社会福祉法人恩賜財団済生会支部

奈良県済生会

支部長　今川　敦史　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　（質問者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　㊞

担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL.

メールアドレス

・業務名：済生会奈良病院　医事業務委託

|  |
| --- |
| 質疑事項 |
|  |

（注1）質疑の提出は、電子メールのみの受付とします。

（注2）電子メールを送信した後、必ず済生会奈良病院総務課まで電話で連絡してください。