（様式第３号）

令和２年　月　　日

　つがる西北五広域連合

　　病院事業管理者　高杉 滝夫　様

住所

名称

担当者職・氏名：

電話：　　　　　　ＦＡＸ：

Ｅｍａｉｌ：

質　　　問　　　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 質問事項（件名） | 質　　問　　内　　容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |
| ６ |  |  |
| ７ |  |  |
| ８ |  |  |