（様式５）

　令和　　年　　月　　日

つがる西北五広域連合病院事業管理者

所　在　地

名　　　称

代表者氏名

質　問　書

業務名　つがる総合病院医事業務委託

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 質 問 箇 所 | 質　問　事　項 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

注）欄が不足する場合には、適宜記入欄または用紙を追加して記入してください。

（連絡先）所　属：つがる総合病院医事課

担当者：大久保

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話：0173-35-3111（内線2210）

F A X ：0173-35-1040

E-mail：ijika@city.goshogawara.lg.jp