（様式４）

質　　問　　票

年　　月　　日

公益財団法人豊田地域医療センター

理事長　宮　川　秀　一　　様

商号又は名称

代表者氏名

豊田地域医療センター医療事務等業務委託公募型プロポーザル方式の企画提案書を提出するにあたり、下記のとおり質問がありますので、回答願います。

記

|  |
| --- |
|  |

［質問者］

所属部課名

氏名

電話番号

ＦＡＸ

Ｅ-mail