|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号※病院記入 |  |

様式２

令和 　 年 　月 　 日

岩見沢市立総合病院長　　様

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　㊞

質　問　書

岩見沢市立総合病院医事業務について、次の事項を質問します。

|  |
| --- |
| 質　問　事　項 |
|  |

担当者氏名

担当者部署

電話番号

FAX番号

E-mail