

様式 6

質 問 書

令和 年 月 日

鹿児島市病院事業管理者
鹿児島市立病院長 坪内 博仁 様

住 所
商号又は名称
代 表 者 名
担当者 氏名
電 話
FAX
E-mail

「鹿児島市立病院医事業務委託」に係る企画提案競技について、次のとおり質問します。

	項 目	質 問 内 容
1		
2		
3		

※ 記入欄が不足する場合には、適宜用紙（A4タテ）を追加してください。