

(様式2)

令和 年 月 日

質 問 書

市立大村市民病院管理者 松尾 俊和 様

商号又は名称

所属部署名

担当者職氏名

電話番号

FAX番号

E-mail

市立大村市民病院医事業務委託について、次の事項を質問します。

項目	質問内容