

令和 年 月 日

質 問 書

公益社団法人地域医療振興協会
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
F A X 番 号
E - m a i l

市立大村市民病院カーテンリース業務について、次の事項を質問します。

項 目	質 問 内 容