様式第１号

質　　問　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

　松江市病院事業管理者

　病院長　久留　一郎　様

商号又は名称

代表者職氏名

担当者氏名

（電話番号）

（FAX番号）

（E-mail ）

松江市立病院医事業務委託プロポーザルについて、下記のとおり質問します。

〈質疑事項〉