

(様式 2)

令和 年 月 日

質 疑 書

泉佐野市診療報酬明細点検等業務委託にかかる公募申込にあたり下記のとおり質問します。

主 題: _____ の件について

内 容



質問者

氏 名 又 は 名 称	
代 表 者 氏 名	
担 当 者 氏 名	
電 話 番 号	
メールアドレス	

注) 質問事項 1 問につき 1 枚を使用し、主題欄は質問要旨を簡潔に記載してください。
電子メールを送信した後、泉佐野市の担当者に電話確認してください。