様式２

令和　年　月　日

質　　問　　書

広島市立北部医療センター安佐市民病院(仮称)医事業務について、以下のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 担当者職・氏名 | 職名　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| 電話・ＦＡＸ | 電話　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| 電子メール |  |

【質問事項】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 資料名 | 該当箇所 | 質問内容 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |

注：指定様式（A４判縦長横書き）に記載し、不足の場合は、ページを増やし追加すること。

　　電子メールの添付ファイルとして送信し、送信後に到達を電話で確認すること。

　　　TEL　０８２－８１５－５２１１（内線２２４０）［安佐市民病院事務室医事課］

　　　電子メール　iji@asa-hosp.city.hiroshima.jp