様式３

令和６年度静岡県立こども病院医事等業務委託（令和６～９年）

公募プロポーザルに関する質問書

問合せは必ず下記のメールアドレスまでお願いします。

【問合せ先メールアドレス】[kodomo-ijika@shizuoka-pho.jp](mailto:kodomo-ijika@shizuoka-pho.jp%20)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 担当者 |  |
| 電話・ＦＡＸ | 電話　　　　　　　　　　FAX |
| メールアドレス |  |

【質問事項】

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 質問内容 |
|  |  |