

【様式3】

質 問 書

令和 年 月 日

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
未収金業務委託企画コンペ 担当 あて

会 社 名
職・氏名
電話番号
F A X
メ ー ル

今般実施の「沖縄県立南部医療センター・こども医療センター医事業務委託及び地域連携室業務委託」企画コンペについて以下のとおり質問します。

※ 内容について、詳細をわかりやすく記入してください。
質問に対する回答は参加者全員に対し、メールにて回答します。