様式４

質　　問　　書

令和　　年　　月　　日

会社名

担当者氏名

連絡先電話番号

Ｅ-mail

春日井市民病院医事業務委託プロポーザルについて、次のとおり質問します。

質問事項

※ 質問書の提出期間 令和５年５月29日（月）から令和５年６月２日（金）まで

提出先　春日井市鷹来町１丁目１番地１

春日井市民病院事務局医事課

E-mail　iji@city.kasugai.lg.jp