【様式１】

令和　　年　　月　　日

質　　問　　書

鶴岡市病院事業管理者　八木　実　様

（参加者）

所　在　地

商号又は名称

代表者職氏名

（作成責任者）

所属・職名・氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ－ｍａｉｌ

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 質問事項 |
|  |  |