(様式第7号)

令和　　年　　月　　日

質　問　書

(あて先)

美幌町立国民健康保険病院総務課

（byouin@town.bihoro.hokkaido.jp）

事業者名　：

所　　　属　：

担当者名　：

電話番号　：

E-mail　　　：

　※「E-mail」は回答の送付先を記入すること。

　美幌町立国民健康保険病院電子カルテシステム選定公募型プロポーザルについて、以下のとおり質問します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 該当資料 | ページ | 該当項目 | 質問内容 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※あらかじめ電話連絡の上、上記のメールアドレスへ送信してください。

※行数や枚数が不足する場合は、適宜増やしてください。