様式4

質問書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人香取おみがわ医療センター

　理事長　寺野　彰　様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

担当者名

電話番号

FAX

E-mail

香取おみがわ医療センター医療情報システム更新業務プロポーザルについて、以下を質問します。

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