様式 １

　　年　　月　　日

（あて先）大洲市市民福祉部健康増進課　御中

　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ kenkouzoushinka@city.ozu.ehime.jp

　　　　　電話番号 ０８９３－２３－０３１０

「大洲喜多地区医療機能最適化検討業務」に係る公募型プロポーザル質問票

　下記のとおり質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目（書類名称・ページ・項目など） | 内　　　　　　　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注１：質問事項は、簡潔に記載してください。

注２：送信後、必ず電話により受信確認を行ってください。

所在地

商号又は名称

部署名

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

電話

FAX

E-mail