（様式5）

質　　問　　票

令和　　年　　月　　日

岐阜市病院事業管理者　様

(参加者)

住所（法人又は団体にあっては事務所所在地）

氏名（法人又は団体にあっては名称及び代表者職氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　（作成責任者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人又は団体にあっては所属及び職名も記載）

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 質　問　事　項 |
|  |  |