（様式第７号）

令和　　　年　　　月　　　日

**質問書**

（宛先）串間市医療介護課地域医療介護連携推進室

tikiryo@city.kushima.lg.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。

　串間市市木診療所電子カルテシステム賃貸借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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※行数や枚数が不足する場合は、適宜増やしてください。