【様式６】

令和　　年　　月　　日

質　　問　　書

　新田診療所の利用事業者選定に係る公募型プロポーザルについて、次の事項を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所属・担当者名 |  |
| ＴＥＬ |  |
| E-mail |  |
| 質問事項 | 質　問　内　容 |
|  |  |