様式２

令和　　年　　月　　日

　加東市病院事業管理者　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 |  |

**質　問　書**

令和６年度加東市病院事業部介護事業者支援システム更新業務について、次の事項を質問します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問に関する書類名 | 項　　番 | 質　問　内　容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

備考　記入欄が不足するときは適宜追加すること。