

様式第 2 号

質 問 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人府中市病院機構
府中北市民病院 院長 中井訓治 様

所在地	_____
名 称	_____
電 話	_____
Email	_____
担当者	_____

入院セット提供業務委託につきまして、下記の通り質問します。

質問事項
<div></div>