様式第２号

質　問　書

令和４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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

府中北市民病院給食業務につきまして、下記の通り質問します。

質問事項