様式６

**質　問　書**

令和3年　 月　 日

岐阜市病院事業管理者　　様

住　　　　所

商号又は名称

代 表 者 名

担当者　氏名

電話

FAX

　　　　　　　　　E-mail

下記の項目について、次のとおり質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項　目 | 質　問　内　容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |