（様式第4号）

　　　年　　　月　　　日

社会医療法人仁愛会　銘苅　晋　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所属部署名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

質問書

浦添総合病院新築における調剤薬局運営事業業務について、次のとおり質問をします。

（質問内容）

|  |
| --- |
|  |