質　問　書

「市立池田病院医療情報システム更新に係るシステム調達プロポーザル」に係る内容について、以下のとおり質問いたします。

令和　　年　　月　　日

１．質問者

* + 会社名（商号又は名称）
  + 代表者（職・氏名）
  + 担当者名
  + E－Mail
  + 電話番号
  + FAX

２．質問事項

※質問は１問につき、用紙１枚を使用してください。