様式５

質　問　書

平成２９年　　月　　日

小牧市病院事業管理者
末 永 裕 之　様

（提出者）
所在地
商号又は名称
代表者職氏名

（担当者）
所属部署
氏名
電話番号
ＦＡＸ
Ｅメール

小牧市民病院医療情報システム更新業務について、次の事項を質問いたします。

№.	書類・箇所等	仕様書番号								内　　容
1										

No.	書類・箇所等	仕様書番号								内　　容