質 　問　 書

平成 　年 　月 　日

宛 先 ：神奈川県保健福祉局保健医療部県立病院課病院機構グループ宛

メールアドレス　byouinkikou-g@pref.kanagawa.jp

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事 業 者 名  |  | 担当者名  |  |
| 連　絡　先 | （TEL） |
| （FAX） |

|  |
| --- |
| 質　問　内　容 |
| １． |
| ２． |
| ３． |

※質問内容はできるだけ簡潔に記載すること。