（別添９）

　年　月　日

質　問　票

　件名「神奈川県小児慢性特定疾病医療給付支援システム構築に関する情報提供依頼（ＲＦＩ）」に関する質問を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 担当者連絡先 | 所属　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職名　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※　送信先電子メールアカウントは１つに限定させていただきますので、複数アカウントへの同時送信を希望される場合は、メーリングリストのアカウントを御記入ください。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 該当資料 | 頁・項番等 | 質問内容 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

（注）用紙が不足する場合は、複数枚の提出も可とします。