（様式８）

　　令和６年　 月 　日

質　問　書

舞鶴市医療機能最適化検討業務公募型プロポーザルについて、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 事業者名 |  |
| 所属 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |
| FAX番号 |
| E-Mail |

注）記入欄が不足する場合は複写して作成してください。