（様式３）

質 疑 応 答 書

(宛先)　　旭川市病院事業管理者
(電話番号　0166-24-3181(内線)5350)
(FAX番号　0166-26-0008)
(電子メールアドレス　h_iji@city.asahikawa.hokkaido.jp)

住　　　所
商号又は名称
代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　印

質問年月日　　　年　　月　　日

業務名	診療費等未払金に係る債権管理回収業務

質　疑　事　項	回　答　事　項

注　あらかじめ電話連絡の上，上記のFAX番号へ送信してください。

質 疑 応 答 書

年　月　日

様

旭川市病院事業管理者
（公　印　省　略）

次の業務に係る公募型プロポーザルについて質問があったので回答する。

業務名	診療費等未払金に係る債権管理回収業務

質　疑　事　項	回　答　事　項
質問年月日　　年　月　日	