（様式第３号）

質　疑　応　答　書

（宛先）旭川市病院事業管理者

　　　　　　　　　　　　　　質問者

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 質問担当者氏名 |  |

※ 質問者に係る情報は回答時には公表しません。

質問年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務名 | 市立旭川病院ＲＰＡ導入運用支援業務 | |
| 質　　疑　　事　　項 | | 回　　答　　事　　項 |
|  | |  |

注　あらかじめ電話連絡の上，電子メールで送信してください。