

(質問用)

質 疑 応 答 書

(宛先) 旭川市病院事業管理者

(電話番号 0166-24-3181)

(FAX番号 0166-27-8505)

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

質問年月日 令和 年 月 日

物 品 名	コピー用紙 A4
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。