（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。