様式 １

令和６年　　月　　日

（宛先）周南市健康医療部病院管理室

　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ byouinkanri@city.shunan.lg.jp

　　　　　電話番号 ０８３４－６１－３０９２

周南市立新南陽市民病院総合医療情報システム更新業務に係るプロポーザル質問票

　次のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目  （書類名称・ページ・項目など） | 内　　　　　　　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注１：質問事項は、簡潔に記載してください。

注２：送信後、必ず電話により受信確認を行ってください。

所在地

商号又は名称

部署名

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

電話

FAX

E-mail