

様式第 1 号

年 月 日

宝塚市立病院医療情報システム運用管理業務応募者連絡表

宝塚市病院事業管理者 様

所在地

名 称

代表者職・氏名

印

所属

職・氏名

電話番号

F A X

電子メール

様式第2号

年 月 日

宝塚市立病院医療情報システム運用管理業務質問書

宝塚市病院事業管理者 様

名 称

所属

職・氏名

電話番号

電子メール

質問対象	質問内容