様式第４号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　宝塚市立病院医事未収金回収業務委託事業者選考会

　　　　 　　　　　　　質問書

宝塚市病院事業管理者　宛

　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 事項 | 質問 |
|  |  |