

【様式3】

令和 年 月 日

(あて先)

公益財団法人 仙台市医療センター
代表理事 亀山 元信

(提出者) 住 所

商号又は名称

代表者氏名

電話番号

印

件 名：仙台オープン病院医事業務委託事業者選定

質 問 書

次の事項を質問します。

質問事項

(担当者) 所属部署

氏 名

電話番号

電子メールアドレス