

様式第5号

年 月 日

川口市病院事業管理者 あて

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

質 問 書

川口市立医療センター緊急情報伝達システム導入業務について、下記のとおり質問します。

件名	緊急情報伝達システム利用料業務
資料名	
項目	
質問内容	

注：質問がない場合は、質問書の提出は不要です。

質問内容が複数となる場合は、適宜追加してください。

【連絡先】

所属	
氏名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	