（様式第６号）

令和４年　　月　　日

質　　問　　書

　　青森県病院局運営部地域医療課　御中

|  |  |
| --- | --- |
| 会社等名 |  |
| 担当者所属・職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

|  |
| --- |
| 業務名：青森県と青森市の共同経営・統合新病院基本構想・計画策定支援等業務 |
| 番号 | 質　　　　問 | 回答（事務局記入） |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |