【様式2】

地方独立行政法人神戸市民病院機構
神戸市立医療センター西市民病院
医事課医療情報係　宛
Ｅ-mail：w_iryojoho@kcho.jp

質　問　票

地方独立行政法人神戸市民病院機構　神戸市立医療センター西市民病院
次期医療情報システムの更新に関するコンサルティング業務について、下記のとおり質問します。

平成　　年　　月　　日

質　問　内　容

※質問内容は箇条書きで簡潔に記載ください。また、質問が複数ある場合も１枚にまとめて記載ください。
※質問の受付は、平成31年1月15日　午後５時までです。

【質問者】
団体名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ＦＡＸ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
Ｅ-mail＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿