質　　問　　書

案件名：三重県立病院の医業未収金回収業務委託

令和　　年　　月　　日提出

|  |
| --- |
| ◆質問者  　名称等：  　担当者名：  　ＴＥＬ：  　ＦＡＸ：  　E-mail：  ◆質問内容 |