

令和2年度小児夜間医療・健康電話相談事業(みえ子ども医療ダイヤル#8000)委託  
企画提案コンペ質問用紙

あて先:三重県医療保健部地域医療推進課 FAX:059-224-2340

E-Mailアドレス [chiirvo@pref.mie.lg.jp](mailto:chiirvo@pref.mie.lg.jp)

質問者

会社名 :

担当部門 :

担当者名 :

E-Mailアドレス:

電話 :

FAX :

質問内容

NO	資料名称	該当頁	該当行	該当項目	質問内容
1					
2					
3					
4					
5					

注1: 質問は令和2年2月19日(水)まで受け付けます。

注2: 電話及び口頭による質問は、お受けできません。

注3: 質問が5件以上ある場合は項目の追加は構いませんが、表を任意に加工しないでください。