**質　問　書**

 令和　　年　　月　　日

中津川市　病院事業部　経営企画課　行

 法 人 名

 住　 所

 質問に対する責任者名

 電話番号

E-mail

　坂下診療所・坂下老健運営事業候補者公募要項について、次のとおり質問事項を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 質　問　内　容 | 募集要項等（頁） |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |

　※　必要に応じて、欄の追加・削除等を行ってください。