（様式１）

**質問書**

令和　　年　　月　　日

　米沢市立病院事務局医事課　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話・FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mailｱﾄﾞﾚｽ

　「米沢市立病院情報システム導入及び移設に係るコンサルタント業務委託公募型プロポーザル実施要領」等に関して、次のことを質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 該当箇所 | 質問内容 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

※　記入欄が不足する場合は、本様式に準じて追加作成すること。