（様式７）

質　　問　　書

　　霧島市立医師会医療センター経営改善等支援業務に係る内容について、以下のとお

り質問いたします。

年　　月　　日

１．質問者

　　□　会社名（称号又は名称）

　　□　代表者職氏名

　　□　担当者名

　　□　E-Mail

　　□　電話番号

　　□　FAX

２．質問事項

　　※質問は１問につき、用紙１枚を使用してください。