（様式3）

令和　　年　　月　　日

公立大学法人横浜市立大学理事長

住所

商号又は名称

代表者職氏名

質 　問　 書

件名：公立大学法人横浜市立大学附属病院　保険調剤薬局整備・運営事業

|  |
| --- |
| 質問事項 |
|  |

注：①質問がない場合は、提出は不要です。

②質問項目が複数の場合は、別紙（様式任意）で提出して下さい。

③電話での問い合わせには応じませんので、質問内容が明確になるよう記載してください。

　連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail