令和　　年　　月　　日

健診センター健診システム更新業務　質問書

（あて先）公益財団法人宇都宮市医療保健事業団

住　　所

名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　印

健診センター健診システム更新業務について，以下のとおり質問します。

１　質問内容

|  |  |
| --- | --- |
| № | 質　　問 |
| １ |  |
| ２ |  |

　※　質問欄が不足した場合は，行追加の上記入願います

２　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者役職・氏名 |  |
| 連絡先 | 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－mail |  |

３　質問提出期限

令和２年１１月１３日（金）午後４時４５分まで

４　提出先

　　提出にあたっては，下記のＦＡＸ又は電子メールアドレス宛てに提出すること。

公益財団法人宇都宮市医療保健事業団　総務課　担当：齋藤・生井

電　話：０２８（６５０）５２８１

ＦＡＸ：０２８（６２５）２２１２

Ｅ－mail：soumu-keiri@umth.or.jp