【様式４】

平成　　年　　月　　日

　市立大洲病院

　事務課　宛

　（FAX：0893-24-0036）

　（e-mail：oozubyouin@city.ozu.ehime.jp）

（会社名等）

（代表社名）　　　　　　　　　　　　㊞

（担当者名）

（回答送付先FAX番号又はメールアドレス）

質　問　書

|  |
| --- |
| 質　問　事　項 |
|  |

※質疑に対する回答は、FAXまたはメールにて行います。