質　　問　　書

（受診・相談センター運営業務）

事業者名：

担当者名：

連絡先：

|  |  |
| --- | --- |
| 質問日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 質問内容 |  |

※質問は、持参、送付又はファクシミリにて提出してください。

〒060-0042　札幌市中央区大通西19丁目　WEST19

FAX番号：011-622-5168

※質問期限は厳守してください。

※質問の回答は令和４年８月８日（月）以降ホームページに掲載します。