**質問書**

業務名：医療機関等における感染症版ＢＣＰ策定促進業務

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 担当者 |  |
| 連絡先 | Email：　　　　　　　　　　TEL：FAX　： |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問箇所 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※　行は必要に応じて追加してください。