**救急医療相談業務　質問票**

会社名

担当部門

E-mailアドレス

電話　　　　　　　　　　FAX

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 資料名称 | 該当ページ | 該当行 | 該当項目 | 質問内容 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |

※　質問票の提出に際しての注意事項

　・本件に関連して電子メールを送信する場合は、必ず開封確認オプションを設定すること。

　・開封確認オプションを設定し忘れた場合は、別途、確認メールを必ず送信すること。

　・送信後１営業日以内に確認が取れない場合は、不到達と見なし、電話等で到達の確認を行うこと。