別添様式４

令和４年（2022年）　　月　　日

宛先：札幌市保健福祉局保健所医療政策課　佐藤　行

〒060-0042　札幌市中央区大通西19丁目

　　　FAX：011-622-5168

E-mail：iryoukikaku@city.sapporo.jp

住　　所：

社　　名：　　　　　　　　　　　　印

代表者名：

「救急医療相談業務」に係る公募型企画競争

質問書

【質問内容】（記載スペースが足りない場合は別紙を添付してください）

担当者　　部 署 名：

　　　　　担 当 名：

　　　　　TEL／FAX：

　　　　　E-mail：