様式４

令和７年（2025年）　　月　　日

宛先：札幌市保健福祉局ウェルネス推進部医療政策課　虎谷　行

〒060-0002　札幌市中央区北２条西１丁目 ORE札幌ビル ７階

　　　FAX：011-211-3521

E-mail：qqiryou@city.sapporo.jp

住　　所：

社　　名：　　　　　　　　　　　　印

代表者名：

「救急医療相談業務（R7.10.1～R10.3.31）」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：