

【様式3】

質 問 書

令和 年 月 日

沖縄県立八重山病院
総務課 担当 宛

会 社 名 :

職 ・ 氏 名 :

電 話 番 号 :

E - m a i l :

F a x :

今般実施の沖縄県立八重山病院入院セット事業運営事業者の選定に係る公募型プロポーザル実施要領について以下のとおり質問します。

※内容について、詳細を分かりやすく記入してください。

※質問への回答は、当院HPに掲載します。