平成　　年　　月　　日

大館市立扇田病院

大館市病院事業管理者　佐々木　睦男　様

事業者名：

所属：

担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

**質　問　書**

|  |  |
| --- | --- |
| No | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※質問内容は明確に記載すること。

※行数が足りない場合は追加して対応すること。