

# 大和高田市立病院 医療費自動精算機購入契約に係わる質疑書

平成 年 月 日

大和高田市長 吉田 誠克 様

**■提出方法**  
 提出期限 : 平成30年7月27日(金)午後5時まで(必着)  
 提出先 : 大和高田市立病院 医事課 情報システム係  
 TEL : 0745-53-2901(内線3706)  
 FAX : 0745-53-2908  
 E-mail : iji@ym-hp.yamatotakada.nara.jp

**■注意事項**  
 電子メールで送信し、電話にて送信した旨お知らせください。  
 行数は、質問数に応じて各自で調整してください。

事業者名	
担当部門名	
担当者名	
所在地	
電話番号	
FAX	
E-mail	

No	資料名称	頁数及び見出し番号	質疑内容
記入例	仕様書	4. 医療費自動精算機仕様	※質問の意図が明確にわかるよう、具体的な事例などを踏まえて、質問事項を記載してください。
1			
2			
3			
4			
5			