

# 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

<p>■提出方法                  提出期限 : 平成30年10月5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.yamatokada.nara.jp</p> <p>■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。</p>
---

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			