**【様式1】**

**質問及び回答書
（****市立加西病院医業未収金回収業務委託に係るプロポーザル）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者名 | ： |  |
| 担当者名 | ： |  |
| 回答先（Email） | ： |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 質　問　内　容 | 回　　　　　答 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |