**様式５**

神石高原町地域医療体制検討支援業務委託

事業者選定に関する公募型プロポーザル　【質問票】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問者 | 商号又は名称 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 質問内容 |  |

※提出期限：令和6年5月17日（金）17時必着