

# 質 疑 応 答 書

年 月 日

一部事務組合下北医療センター

管理者 様

件名: \_\_\_\_\_

住所  
質疑者 氏名

印

担当部署  
担当者氏名  
FAX番号 (

)

質疑事項	回答

※回答はFAXで行います。