

(様式3)

平成 年 月 日

いわき市長 様

所在地

法人名

印

代表者名

印

質 問 書

いわき市立常磐病院の後継医療機関の募集について、次の事項を質問します。

質 問 事 項

【連絡先】

担当者氏名： _____

担当者所属： _____

電話番号： _____

FAX番号： _____

電子メール： _____ @ _____

