**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

　船橋市病院事業管理者　あて

【質問内容】

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名

印鑑は省略

　　　　　　　＜事務担当者＞

所属部署

　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　電　　話　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　E－mail

＜申込方法＞

E-mail又はＦＡＸで申込

　E-mail: iryo-somu@city.funabashi.lg.jp

F A X：０４７－４３８－７７９５

　TEL：０４７－４３８－３３２１（代）