（様式５）

中泊町国民健康保険小泊診療所遠隔診療設備整備事業プロポーザル質問書

令和７年　　月　　日

中泊町長　濱舘　豊光　様

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX、E-mail |  |
| 質問件名 |  |
| 質問内容 |  |

※質問は１枚につき１件とする。