

質 疑 書

平成 年 月 日

所在地：

事業者名：

担当者名：

電話番号：

F A X：

E-mail：

質疑内容

提出期限：平成29年1月16日（月）17時まで

提出先：長崎みなとメディカルセンター市民病院 医事課

担当 中野・松村

F A X：095-827-6677