様式１

デジタルサイネージ機器設置等運営業務プロポーザルに関する質疑書

令和　　年　　月　　日

所在地

事業者名

担当者名

電話番号

質疑内容

提出期限：令和５年５月29日（月）午後５時まで

提出先　：高知医療センター地域医療連携室

担当：猪野