**高知医療センター統合情報システム更新委託業務公募型プロポーザル**

**質　疑　書**

令和　　年　　月　　日

高知県・高知市病院企業団

企業長　　村岡　晃　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 事業者名 |  |
| 担当者名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 区分 | 頁数及び見出し番号 | 質疑内容 |
| 例 | 募集要領 | １ページの１の（１）  事業名について | ※質問の意図が明確にわかるよう、具体的な事例などを踏まえて、質問事項を記載してください。 |
| １ |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

　※提出期限　令和７年８月22日（金）午後３時（必着）

　　提出先　高知医療センター 医療情報センター　担当：木谷

　　FAX　088-837-3669・E-mail:mitc@khsc.or.jp