

VI. (別紙様式2)

# 質 疑 書

令和 年 月 日

担当者 延岡市医師会病院 事務長 池田直人 (FAX0982-22-1995)

件名 延岡市医師会病院 マンモグラフィ画像読影支援システム等 (一式)

商号又は名称

代表者名 ⑩

連絡先 TEL ( ) —

FAX ( ) —

下記の通り質疑いたします。