

(様式第4号)

# 質 問 書

兵庫県立加古川医療センター院長 原田 俊彦 様

(事業者名) 所在地  
名 称  
(提案責任者) 所属・職  
氏 名  
電話番号  
FAX 番号

兵庫県ドクターヘリ運航業務委託事業者選定に係るプロポーザルに関し、下記事項について質問します。

(質問事項)

番号	項目	質問内容

必要に応じ、行の幅、行の追加を行うこと。

(A4縦判)