（様式１）

**質　　　問　　　書**

令和　　　年（　　　　年）　　　月　　　日

熊本県　様

提出者

所在地

商号又は名称

担当部署名

担当者職・氏名

電話番号

ﾌｧｯｸｽ番号

電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

業務の名称　熊本県水俣病総合対策医療事業等に係る給付関連業務委託

標記業務委託に係る公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| No. | 質問内容 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |