（様式１）

令和　　年　　月　　日

大分市救急医療電話相談事業（♯7119）運営業務

公募型プロポーザルに関する質問票

　商号又は名称

　担当者名

１．質問

|  |
| --- |
| （質問者記入欄） |

２．質問

|  |
| --- |
| （質問者記入欄） |

３．質問

|  |
| --- |
| （質問者記入欄） |

４．質問

|  |
| --- |
| （質問者記入欄） |