

様式第6号

宮崎県 医療薬務課 医師確保担当 白石 行

F A X : 0 9 8 5 - 3 2 - 4 4 5 8

E-mail : ishishohei@pref.miyazaki.lg.jp

《かがみをつけずに、そのまま送信してください。》

**宮崎県地域医療支援機構広報誌制作業務委託企画提案競技に係る質問書**

年 月 日

|      |          |  |
|------|----------|--|
| 件名   |          |  |
| 質問内容 |          |  |
| 質問者  | 会社名      |  |
|      | 担当者名     |  |
|      | 電話番号     |  |
|      | F A X 番号 |  |
|      | 電子メール    |  |

※ 受付期限：令和3年8月13日（金）午後5時まで（必着）