様式 １

　　年　　月　　日

（宛先）公益財団法人周南市医療公社

周南市立新南陽市民病院管理課医事担当

　　　　　E-mail　ijitop@city-hp.or.jp

　　　　　電話番号　０８３４－６１－２５００（代表）

周南市立新南陽市民病院医事業務に係る質問票

　次のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目  （書類名称・ページ・項目など） | 内　　　　　　　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注１：質問事項は、簡潔に記載してください。

注２：受信を確認次第、担当部署から受付のメールを返信します。返信メールがない場合は、受付期間内に電話により受信確認をしてください。

所在地

商号又は名称

部署名

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

電話

FAX

E-mail