

# 質 問 書

令和 年 月 日

(宛先) 藤枝市立総合病院

(提出者) 住 所

電話番号

会 社 名

印

担当者氏名

印

F A X

E-mail

下記のとおり質問いたしますので、ご回答願います。

質問事項