様式第２号

令和５年度和歌山県立こころの医療センター

未収金回収業務委託に係るプロポーザル質問書

令和　５年　　月　　日

　　　　　　　名　称

　　　　　　　代表者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者 | 所属 |  |
| 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

　質問事項

* 箇条書き等で簡潔に記載してください