様式６（質問書）

**質　問　書**

業務名：札幌医科大学附属病院医療情報ネットワーク導入事業

令和　　年　　月　　日

所在地：

事業者名：

担当者名：

電話番号：

E-mail：

|  |  |
| --- | --- |
| 質疑該当箇所(例：業務募集要領２の（２）) | 質疑内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※必要に応じて欄を増やすなど適宜調整することができる。

提出期限：令和７年９月11日（木）　17：00まで

提 出 先：札幌医科大学附属病院　病院課医療情報システム係

　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail　smu-system@sapmed.ac.jp