（様式４）

質　　問　　票

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 | 令和７年度島根県特定医療費（指定難病）支給認定に係る医学的確認業務 |
| 質疑項目 |  |
| 質疑内容 |  |
| 会社名 |  |
| 所属・担当 |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ-ＭＡＩＬ |  |

※質疑は、１項目ずつ別紙とすること。

|  |  |
| --- | --- |
| 回　　答  （記入しないこと） |  |