様式４

質　問　票

令和７年　　月　　日

団体名

担当者名

電話番号

ＦＡＸ番号

指定管理者として管理を行おうとする公の施設の名称 大潟村診療所

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質問内容 |
|  |  |