（様式３）

令和7年度福井県臨床研修病院見学バスツアー運営業務に関する質問票

令和　　年　　月　　日

住　所：  
名　称：  
代表者：

担当者職氏名　：  
連絡先電話番号：  
ＦＡＸ　　　　：  
メールアドレス：

|  |  |
| --- | --- |
| 業　務　名 | 令和７年度福井県臨床研修病院見学バスツアー運営業務 |
| 質　問　事　項 |  |