（様式６）

**質　問　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １.送付日 | 令和　　年　　月　　日 | ４.電話番号 |  |
| ２.事業者名 |  | ５.メール |  |
| ３.担当者名 |  |

松戸市病院事業経営再建支援業務委託公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 項目 | 質問内容 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

※項目欄には質問対象の書類名（実施要領・仕様書）及びページ数、項番等を記載してください。

※質問内容は簡潔かつ明瞭に記載してください。

※項目が足りない場合、適宜追加してください。

【受付期間】　　令和７年９月８日（月）　～　　令和７年９月１７日（水）

【宛て先】

事務局　　　　　松戸市病院事業 病院政策課 経営改革担当室

電　話　　　　　047-712-2605

メールアドレス　mcbyouinseisaku@city.matsudo.chiba.jp