質　　問　　書

　　年　　月　　日

栃木県保健福祉部医療政策課長　宛て

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （提出者） | 住所又は所在地： |  |
|  | 商号又は名称　： |  |
|  | 代表者職氏名　： |  |
|  | 担当者職氏名　： |  |
|  | 電話番号　　　： |  |
|  | FAX番号　　　： |  |
|  | メールアドレス： |  |

　「令和７(2025)年度栃木県在宅医療実態調査業務」に関して、下記の事項を質問します。

記

|  |
| --- |
| ［質問事項］ |
| ［質問内容］ |

（注）質問が複数ある場合は、欄を適宜追加すること。