令和　　年　　月　　日

高松市立病院使用料等収納業務に係る質問書

（宛先）

高松市立みんなの病院事務局医事課　医事係

名　　称

担当者名

電話番号

メールアドレス

F　A　X

|  |
| --- |
|  |

（注）　記入欄が不足する場合は、適宜、続き用紙を使用して差支えありません。