

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。