

質 問 票

第 7 6 回共済医学会企画運営業務委託事業者選定 担当 殿

商号又は名称：

担当者名：

電 話：

F A X：

メール：

第 7 6 回共済医学会企画運営業務委託事業者募集要項等について、下記の事項について質問
します。

記

質問事項：（簡潔に記入してください）