（様式５）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

**質　問　書**

江戸川区長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者所在地 | ： |  |
| 事業者名 | ： |  |
| 担当者所属 | ： |  |
| 担当者役職・氏名 | ： |  |
| 電話番号 | ： |  |
| メールアドレス | ： |  |

「江戸川区医療需給等把握調査業務委託事業者募集要領」に基づき、次のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質問内容 |
|  |  |

※本質問書は、令和７年８月７日（木）正午までに電子メールにて下記担当までご提出ください。

担当：江戸川区健康部健康推進課計画係

　　所在：〒132-8507 江戸川区中央四丁目24番19号　江戸川保健所２階

　　電話：03-5661-1137（直通）

　　電子メール：[2213150@city.edogawa.tokyo.jp](mailto:2213150@city.edogawa.tokyo.jp)