

質 問 書

令和 年 月 日

横浜市契約事務受任者

住 所
商号又は名称
担 当 部 署
担当者氏名
電 話 番 号

契約件名 医療費公費負担レセプト点検委託

上記件名にかかる仕様（設計）書の内容等について、次のとおり質問します。

項目（ページ数等）	質 問 内 容