（様式４）

令和　　年　　月　　日

医療機器関連分野米国ステークホルダー情報発信業務委託に関する質問書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ－ｍａｉｌ：

（質問の内容）

|  |
| --- |
|  |