

(様式4)

令和 年 月 日

医療機器関連分野米国展開支援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)