様式1

 年 月 日

（あて先）いの町ほけん福祉課 御中

 電話番号 ０８８－８９３－３８１１

「いの町国民健康保険保健指導事業受診意向調査及び電話受診勧奨委託業務」に係る公募型プロポーザル質問票

 下記のとおり質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 項 目（書類名称・ページ・項目など） | 内 容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注１：質問事項は、簡潔に記載してください。

所在地

商号又は名称

部署名

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

電話

FAX

E-mail