様式1

令和 年 月 日

（あて先）いの町ほけん福祉課 御中

ＦＡＸ　０８８－８９３－１１０１

令和３年度いの町国民健康保険保健指導事業特定健診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