質　問　書

「大東市国民健康保険特定保健指導業務」について、次の事項を質問します。

|  |
| --- |
| 質 問 内 容 |
|  |
| 会社等名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当部署及び担当者氏名 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |
| E-Mail |  |

※　記入欄が不足するときは、複写して作成すること。