（様式１）

質　問　書

令和　　年　　月　　日

尼崎市保健局健康増進担当

健康支援推進担当課長　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 事業者名 |  |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

尼崎市国民健康保険特定健診受診率向上対策等業務について、以下のとおり質問します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 資料名称 | ページ数等 | 質　　問　　事　　項 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

＜記入上の注意＞

※必要に応じて質問する箇所（ﾍﾟｰｼﾞ数等）を記載した上で、質問内容を記載してください。

※質問を記載する行が足りない場合は、行を追加してください。

※お手数ですが、送信後に事務局まで電話にてご連絡いただきますようお願いします。

※質問がない場合、提出は不要です。