（要領－２）

令和　年　月　日

横浜市契約事務受任者

|  |
| --- |
| 所　在　地  商号又は名称  代表者職氏名 |

**質　　問　　書**

業務名：国民健康保険特定健康診査・特定保健指導勧奨業務委託

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 | |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

* 質問がない場合は質問書の提出は不要です。