

(様式4)

# 質 問 書

年 月 日

小田原市長 あて

〒

所在地

商号または名称

代表者職・氏名

担当者氏名

電話番号

Eメールアドレス

「小田原市国民健康保険特定保健指導業務プロポザール」について次のとおり質問します。

質問内容	該当番号 (仕様書項目番号等)

以 上