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