（様式２）

質　問　書

令和　　年　　月　　日

　只見町長 宛

（提出者）所在地

会社名

代表者

担当者

電話番号

ＦＡＸ番号

E-mailｱﾄﾞﾚｽ

　只見町国民健康保険朝日診療所医療事務業務プロポーザルについて、次の項目を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |