（様式第４）

　　年　　月　　日

竜王町長　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　質問者

所在地

商号または名称

代表者役職および氏名

プロポーザルに関する質問票

令和７年度竜王町国民健康保険特定保健指導および利用勧奨等業務に関するプロポーザルについて、下記事項について質問します。

記

送信先メールアドレス：jyuzei@town.ryuoh.shiga.jp

|  |  |
| --- | --- |
| 質　問　事　項 | 内　　　　　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※欄が不足する場合は適宜追加してください。