　　年　　月　　日

様式９

（宛先）大田区長

大田区被保護者健康管理支援事業業務委託に関する質問票

標記の件について、下記のとおり質問します。

記

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

※１枚につき１問で記載してください。

【担当部署】

【電話番号】

【ＦＡＸ番号】

【E-mailアドレス】