（様式３）

令和　　年　　月　　日

**尾鷲市特定健診受診率向上対策業務委託**

**質疑書**

尾鷲市　市民サービス課 宛

事業者名

担当者名

電話番号

E-mail

質疑事項

|  |
| --- |
|  |