別記

様式第４号（５の(1)関係）

令和　　年　　月　　日

質 問 書

(あて先)

八　戸　市　長

（応募者）　　住所又は所在地

商号又は名称

担当者氏名

電話番号

E-Mail

１　事業名称

　令和６年度八戸市国民健康保険特定健康診査受診勧奨業務

２　質問事項

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 質問事項 |
| (1) |  |
| (2) |  |
| (3) |  |
| (4) |  |
| (5) |  |

（　　/　　）