（様式第３号）

令和　　年　　月　　日

香川県国民健康保険団体連合会

情報システム課（担当：松村・廣野）　行き

℡：（０８７）８２２－７４４８

Fax：（０８７）８２２－９３０５　e-mail：[densan@kokuhoren-kagawa.or.jp](mailto:densan@kokuhoren-kagawa.or.jp)

（質問者）　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

質　問　票

令和７年度国民健康保険特別調整交付金（結核・精神）申請支援共同実施業務委託に関する提案公募について、次のとおり質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問  番号 | 提案公募要領等の  ページ・項番等記載箇所 | 質問内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**※提出確認のため、送信後は担当者へ連絡すること**