（様式４）

「奈良県保健所医療費助成等事務処理業務委託」の公募に関する質問票

質問受付期限：令和元年６月１４日（金）　午後５時

※質問が複数ある場合、多岐にわたる場合は、適宜質問票を分けて提出してください。

奈良県福祉医療部企画管理室長　殿

下記のとおり標記について、下記のとおり質問いたします。

ご質問日付	
貴事業者名	
ご担当者名	
ご連絡先 （メールorFAX）	公募手続説明書配布時にお知らせいただいたご連絡先と異なる場合記入してください。
ご　質　問　項　目	
ご質問内容の見出しを付けてください。（例：〇〇業務に関する〇〇システム入力について）	
ご　質　問　内　容	

整理番号【　　】