（様式第６号）

令和　　年　　月　　日

**質　問　票**

被保護者健康管理支援事業に係るデータ収集・分析業務に係るプロポーザルについて、次のとおり質問します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 |  | 担当者 |  |
| TEL |  |
| E-mail |  |
| 質問事項 | | | |
| 【項　目】 | | | |
| 【内　容】 | | | |

※記載内容は簡潔にしてください。