質　疑　書

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 会社所在地 |  |
| 社名・部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

質疑事項（令和６年度　第36号　後期高齢者医療給付支給決定通知書作成業務）

|  |
| --- |
|  |

※質問は簡潔に記入してください。

※受付期間は令和７年２月21日（金）から令和７年２月28日（金）午後５時までとさせていただきます。