

設 計 書 等 に 関 す る 質 問 書

令和 年 月 日

商 号 又 は 名 称 :

代 表 者 職 氏 名 :

連絡先 : 担当者氏名 :

電話番号

FAX 番号

件名 後期高齢者医療保険料仮徴収額決定通知書等の印字及び封入封緘等業務委託
(6・8月)

設計書等該当箇所	質問内容