質問書

令和５年度尼崎市国民健康保険料収納業務委託に関して、次のとおり質問します。

|  |
| --- |
|  |

令和　　年　　月　　日

所在地

事業者名

担当者名

電話・ＦＡＸ

メールアドレス

※必ず、電話にて送信した旨の連絡を行うこと。