（様式３）

令和７年　　月　　日

質　問　票

|  |  |
| --- | --- |
| 事　業　名 | 四街道市後期高齢者健康診査未受診者勧奨業務 |
| 事　務　局 | 四街道市健康こども部国保年金課 |
| 質　問　者 | 所在地　〒 |  |
| 事業者名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| FAX |  |
| 質　問　事　項 |
| １ |
| ２ |
| ３ |
| ４ |

※質問事項は、具体的かつ簡潔に記載する。