別添様式２

年　　月　　日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

質　問　書

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

担当者氏名

電話番号

E-mailアドレス

件名：神奈川県後期高齢者医療広域連合情報システム構築・運用関連業務委託等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 質問内容 | 仕様書項番 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※欄が足りない場合は、適宜追加してください。