第４号様式

新宿区特定保健指導等業務委託に係るプロポーザルに関する質問票

送信日　令和 年　 月　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 連絡担当者 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 |  |