令和　年　月　日

大田区特定保健指導業務委託

プロポーザルに関する質問票

（会　社　名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（担当部課名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（担当者名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話番号）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ファクシミリ番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（メールアドレス）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 質問項目 | 内容 |
| １ |  |  |

　なお、枠は記載内容の量により、適宜拡大・縮小・追加してください。