別紙様式３

令和　　年　　月　　日

岡山県後期高齢者医療広域連合長　様

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

質　　問　　書

|  |
| --- |
| 質問内容 |
|  |

質問締切日：令和７年１０月６日（月）午後５時まで（必着）