

(第7号様式)

令和8年 月 日

質 問 書

武蔵村山市健康ポイントアプリケーション導入支援及び運営業務委託について、次の項目について質問します。

事 業 者 名

担 当 者 名

電 話 番 号

ファクシミリ番号

メールアドレス

No	質問事項
1	
2	
3	
4	
5	

※ 記入欄が不足する場合は、適宜追加して記載すること。