

(様式第2号)

特定健診受診率向上等を目指したデジタル広報事業委託業務にかかる質問票

所在地 _____

事業所名 _____

代表者職氏名 _____

(担当者) 所属

職・氏名

連絡先 TEL :
 FAX :
 E-Mail :

- * 箇条書きで、簡潔に記載すること。
- * 締切り 令和6年4月30日(火) 17時 E-Mail : kenkoshiga@pref.shiga.lg.jp
 FAX : 077-528-4857
- * お手数をおかけしますが、質問票を送信後にその旨、電話(077-528-3657)で御連絡ください。