

(様式第2号)

健康しが体感イベント事業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7月26日(金) 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。