（様式12）

**＜送信宛先＞　奈良県医療保険課 医療費適正化推進係**

**ＦＡＸ：０７４２－２７－０４４５**

**ＴＥＬ：０７４２－２７－８５４７**

令和　　年　　月　　日

質　問　票

（令和３年度 奈良県医療費増加要因分析業務委託 公募型プロポーザル）

事業者名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

ＦＡＸ番号

|  |
| --- |
|  |

※箇条書きで、簡潔に記載すること。