様式８

質　問　票

（会津若松市北会津保健センター用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＦＡＸ番号）

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質問内容 |
|  |  |