〔様式１－１〕

保健福祉部健康国保課 あて

|  |  |
| --- | --- |
| 会社等名称 |  |
| 担当部署等 |  |
| 担当者名 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先ファックス番号 |  |

**実施要領等に関する質問票**

献血者確保パンフレット作成等業務

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 資料名称 | 該当頁  該当行 | 質問内容 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |

※　提出期限内に、原則、電子メール又はファックスで提出のこと

期限（３月10日午後５時を過ぎたものは、受け付けません。）

〔メールアドレス：yakumu@pref.iwate.jp/ファックス019-629-5474〕