　質　問　票

令和　　年　　月　　日

地方公務員災害補償基金沖縄県支部あて

会社名

代表者

FAX：　　　　　　　TEL:

質問者

件名：療養補償診療報酬明細書点検業務

入札日：

|  |  |
| --- | --- |
| 質問内容 |  |
| 回答 |  |
|  | |  | | --- | | 受付印 | |  |   地方公務員災害補償基金沖縄県支部押印欄   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 事務長 | 事務次長 | 主任 | |  |  |  | |