

様式 4

平成 年 月 日

質問票

渡名喜村長 殿

渡名喜村歯科診療所運営者募集要領に関して、次のとおり質問します。

氏名	(法人の場合は、名称及び代表者名)		
住所	(法人の場合は、所在地)		
所属・役職名		担当者名	
電話番号		F A X 番号	

質問事項	
内容 (簡潔にまとめて記載すること。)	

※複数の質問がある場合は、1枚ずつ記入してください。

※質問票提出先

渡名喜村役場民生課

住所 〒901-3692 沖縄県島尻郡渡名喜村 1917 番地の 3

F A X 098-989-2197

E メール tonaki_minsei002@vill.tonaki.okinawa.jp