

質問書
特定保健指導事業業務委託

川口市国民健康保険課 榎本 あて

質問内容	
質問者	会社名： 質問者名： 電話番号： FAX 番号： E-mail：

受付期間は、令和8年4月8日（水）17時までとします。

※送信したのち、必ずお電話ください。

E-mail: kawaguchi.kokuho@city.kawaguchi.saitama.jp

T e l : 0 4 8 - 2 5 9 - 7 9 1 6

担当：川口市国民健康保険課 榎本