

(様式5)

年 月 日

質 問 書

会社名 _____

質問内容	質問理由
担当者部署・氏名	
連絡先 (TEL)	
E-mail アドレス	

提出先

嘉手納町役場 町民保険課 健康予防係 東江

【住 所】 〒904-0293 沖縄県中頭郡嘉手納町字嘉手納588番地

【FAX】 098-956-8094 【E-mail】 kenkoyobo@town.kadena.jp