

お問い合わせシート

あて先

奈良市健康医療部保健所

保健予防課医療給付係

医療機関名

記入者名

電話番号

- お問い合わせ時には、本様式のご利用をお願いします。
- 「大項目」「小項目」欄は、該当する選択肢がリストにあれば設定頂けると幸いです。
該当する選択肢が無ければ、未設定(未記入)で構いません。
- お問い合わせ頂いた内容は、個別に回答せずFAQに追加して市ホームページへ掲載します。
(同様の内容のご質問に関しましてはまとめて回答させていただきます)

| No. | 問合せ日 | 大項目 | 小項目 | 問合せ内容 |
|-----|------|-----|-----|-------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |