

(様式3)

質 問 書

年 月 日

(あて先) 川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室地域保健担当

所在地:

団体等の名称

代表者職氏名:

質 問 事 項					
項番	資料名称	ページ	項目	記述内容	質問内容
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

【回答の送付先】

担当部署:

担当者名:

電話番号:

F A X:

E-mail: