

質 問 書			
題名	川崎市市民葬儀取扱指定店の募集について		
氏名 (団体の場合は、 名称及び担当者名)			
電話番号		FAX番号	
E-mail			
住所 (又は所在地)			
意見の提出日	令和 年 月 日	枚数	枚(本紙を含む)
質 問 内 容			
・ 質問書の書式は自由ですが、本様式を準備しましたので、必要に応じて御活用ください。 ・ お寄せいただいた御質問は、個別にFAX回答いたします。また、共通回答につきましては、提出期限内において、川崎市役所ホームページへ参考掲載する予定です ・ 記載していただいた個人情報は、提出された意見の内容を確認する場合に利用します。また、個人情報は川崎市個人情報保護条例に基づき、厳重に保護・管理されます。 ・ 御質問などの概要を公表する際は、個人情報は公開いたしません。			
提 出 先			
部署名	健康福祉局保健医療政策部保健医療政策課		
電話番号	044-200-0457	FAX番号	044-200-3986
E-mail	40iryose@city.kawasaki.jp (※件名に【市民葬儀】と記載のこと)		