様式第９号

**質　　問　　票**

|  |  |
| --- | --- |
| **質問日** | **令和　　　年　　　月　　　日（　　　）** |
| **質問者** | **法人名****担当者名****連絡先　　TEL****E-mail** |
| **質問内容** |  |

送信先

いちき串木野市保健介護課介護保険係　行

ＦＡＸ ０９９６－３３－３３００

E-mail kaigo2@city.ichikikushikino.lg.jp