様式　９

質問票

流山市健康福祉部　介護支援課　行

|  |  |
| --- | --- |
| 送信日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　） |
| 送信元 | 法人名 |  |
| 担当者 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 | （　　　　）　　　　― |
| ＦＡＸ番号 | （　　　　）　　　　― |
| 質問事項（内容は簡潔に箇条書きでお願いします。） |  |