

別紙 1

北秋田市健康福祉部高齢福祉課 行き
(FAX 62-4296)

質 問 票

法人（団体）名	
担当者所属・氏名	
連 絡 先	TEL () -
	FAX () -
	E-mail

質 問 事 項	
質 問 内 容	

※質問事項は、本様式一枚につき一問とし、簡潔に記載してください。