　令和　　年　　月　　日

川口市長　あて

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

質問書

このことについて、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 | 川口市被保護者健康管理支援事業 |
| 資料名 |  |
| 項目 |  |
| 質問  内容 |  |

注：質問がない場合は、質問書の提出は不要です。

　　質問内容が複数となる場合は、適宜追加してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 【連絡先】 |  |
| 所属及び氏名 | (ｶﾅ) |
|  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |