

【様式6】

質 疑 書

葛城市 保健福祉部 地域包括支援課 宛
(メール:hokatsu@city.katsuragi.lg.jp)

企業名			
質問年月日		担当者名	
電話番号		メールアドレス	
質問内容			

- ・上記の範囲内で分かりやすく記載してください。
- ・回答時は質疑を行った者(企業名/担当者名等)を公開しません。