質　　問　　書

送付先メールアドレス　shien-c@isehara-city.jp

宛先　　伊勢原市保健福祉部障がい福祉課

　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質　　問　　者 |  | |
| （ 連 絡 先 ） | 部署 | TEL：　　　（　　） |
| 氏名 | FAX：　　　（　　） |
| E-mail： | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項番 | 質問項目及び内容 | |
| **１** | 質問項目 |  |
| 内容 |  |
| **２** | 質問項目 |  |
| 内容 |  |
| **３** | 質問項目 |  |
| 内容 |  |

※必要に応じて行を追加してください。また、１ページを超える場合は、この様式に準じて追加してください。