

送付先: 健康福祉課 介護保険係
メール: fukushi01@town.kaminokawa.lg.jp
FAX: 0285-55-1407又は56-6868

年 月 日

質問票			
所属			
担当者名			
電話番号		FAX	
メール			
問い合わせ内容(詳細に記載してください)	別紙	<input type="checkbox"/> 有(枚)	<input type="checkbox"/> 無
ここより下は問い合わせ受付担当で使用しますので、記入はしないでください。			
受付番号		受付日	
対応者		回答日	