

様式第4号

年 月 日

焼津市大井川精神障害者地域活動支援センターに関する質問書

宛 先：焼津市健康福祉部地域福祉課

ファックス：054-626-2189

e-mail：fukushi@city.yaizu.lg.jp

団体名	所在地	担当者役職、氏名、電話番号

(注1) 質問に対する回答は、市ホームページへの掲載により回答及び公開をします。

(注2) 受付期間 令和2年8月3日(月)～8月11日(火)

(注3) ファックス又はe-mailにより送付してください。

質問内容

--