**質問票**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 担当者 |  |
| 連　絡　先 | Ｅ－mail：  電　　話： |

|  |  |
| --- | --- |
| 該当箇所 | （公募要項　　ページ　　行目）（様式　　） |
| 質問事項 |  |
| 内容 |  |

※　質問事項１件ごとに1枚の質問票を作成してください。

宛先　春日井市　健康福祉部　地域共生推進課

Ｅ-mailアドレス　chiiki@city.kasugai.lg.jp