（第４号様式）

甲府市認知症カフェ運営事業についての質問書

質問者

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 担当者名 |  | 役職 |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  | FAX |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 項番 | 質問内容 |
|  |  |

＜質問書送付先＞

甲府市健康政策課医療介護支援係

FAX：０５５－２２７－５２９４

※電話での問い合わせは受付できません。