

問い合わせ票送付先：上三川町健康福祉課高齢者支援係

メール：fukushi01@town.kaminokawa.lg.jp

FAX：0285-55-1407

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（できるだけ詳細に記載してください）	別紙	<input type="checkbox"/> 有（ 枚）	<input type="checkbox"/> 無