（別記様式８）

質　　　　問　　　　票

公の施設の名称　　　函館市老人福祉センター

団体の名称

提出年月日　　令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 連絡責任者の職・氏名： |
| 電話番号： | ＦＡＸ番号： |
| Ｅ-ｍail： |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 |  |