

【様式1】

質 問 書

令和7年 月 日

甲賀市長 あて

所在地
事業者名
担当者名
電話番号
E-mail

質問内容

提出期限：令和7年6月25日（水） 16時00分まで

提出先：甲賀市健康福祉部長寿福祉課

FAX：0748-63-4085