**市川市 地域支えあい課　宛**

**FAX　　０４７－７１２－８７８９**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **市川市認知症カフェ登録事業・補助金交付事業　質問シート** | | |
| 質問者 | 事業者名 |  |
| 担当者（記入者） |  |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| 分類 | □　登録事業に関する質問 | |
| □　補助金交付事業に関する質問 | |
| 質問事項 |  | |

※質問ごとにシートを分けて作成ください　　　　　　　　【事務局使用欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 | 処理 |