

質 問 票

子育て支援課 宛 FAX: 092-942-1154

提出期限：第3回会議（8月下旬）まで
（FAXまたは会議当日にお持ちください。）

お名前 _____

	基本目標 No.	基本施策 No.	事業 No.	事業名	質問内容
例	1	(1)	1	乳幼児健診事業	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※ 1 ページを超える場合は、別紙に記入してください。