様式２

年　　月 　　日

　多治見市長　様

住所又は所在地

会社名

（担当者）所属部署名

担当者氏名

電話番号

ＦＡＸ

E-mail

**質　問　書**

多治見市「暮らしの便利帳」官民協働発行事業に関して、次の事項を質問いたします。

|  |
| --- |
|  |