

(別紙2)

送信先

府中市健康推進課 宛 FAX : 0847-47-1320

## 調査票

「府中市母乳相談等事業」に関する説明について

(どちらかに○をご記入ください)	
府中市から事業の説明を受けることについて ( 可 ・ 否 )	
医療機関名	
代表者名	
担当者名	部 署 氏 名 連 絡 先 (電話番号)

※ お手数をお掛けしますが、7月31日(水)までにご返送くださいますようお願いいたします。