

## 文書公開申出補正書

年 月 日

社会福祉法人下諏訪町社会福祉協議会会長 様

住 所

公開申出者 氏 名

⑩

（法人その他の団体にあつては名称及び代表者氏名）

電話番号・FAX 番号

年 月 日付けで要求のありました件について、次のとおり補正します。

補正する事項	
--------	--