令和　　年　　月　　日

　県南広域振興局保健福祉環境部

　指導監査課　あて

　　（FAX：０１９７－４８－２４２８）

事業者（所）名

担 当 者 氏 名

電　話　番　号

Ｆ Ａ Ｘ 番 号

質　　問　　書

　障がい福祉サービスについて、次の事項を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 障がい福祉サービスの種類を記載して下さい。 |  |
| 質問事項 |