長崎県障害福祉サービス事業所等　質問票

日　付	年	月	日

法　人　名						
施設・事業所名						
サービス種別						
担　当　者		電話番号		－		－
		ＦＡＸ番号		－		－
メールアドレス						
質問内容	（標題）					
	（要旨）					

（注）・質問は１枚につき１項目としてください。

・内容によっては回答に時間がかかる場合がございます。

県記入欄	回答日		年		月		日	
	回答方法	電話　・　メール　・　ＦＡＸ　・　その他（　　）						
	回答内容							
	確認方法							
	回答者	長崎県障害福祉課　　班　　担当：						