

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		-		-	
			F A X 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 ・ F A X ・ 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：						