平成２９年度第１回指定障害福祉サービス事業者等集団指導質問票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属法人名称 | |  |
| 担当者氏名 | |  |
| 連絡先 | 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先ファクシミリ番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 質問事項 | | |

＊集団指導終了後出口付近で回収いたします。

＊質問事項について，担当者から所属法人宛て回答いたします。

＊質問事項及び回答については，質問者が特定されないよう加工した上で，宮城県障害福祉課のホームページに掲載させていただく場合があります。