

平成 29 年度 横浜市指定障害福祉サービス事業者等に対する集団指導 質問票

出席日 (11 月 日)

平成 29 年 12 月 8 日 (金) までに FAX 番号: 045-671-3566 宛に送信ください。

宛先担当 : 障害福祉課事業者育成担当

事業者	名称	
	事業種別 (該当に○)	居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護 移動支援
	担当者氏名	
	連絡先 <u>(個別の回答は 行いません。)</u>	電話番号 _____ Eメールアドレス _____
質問項目		について
質問内容		