大府市役所　福祉部　高齢障がい支援課　障がい福祉係　宛

E-mail：shitei-kansa@city.obu.lg.jp

**障害福祉サービス事業者に関する質問票**

指定障害福祉サービスに関して質問がある場合、電子メールで質問票を送信してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **質問日** | 令和　　年　　月　　日 |
| **事業所名** |  |
| **サービス種別** |  |
| **担当者名** |  |
| **連絡先** | 電話番号： |
| FAX番号： |
| メールアドレス： |
| 質問題目：質問内容（簡潔かつ具体的に記載してください） |
| 貴事業所の見解：確認（根拠）資料： |

**担当：大府市役所　高齢障がい支援課　障がい福祉係**