栃木県障害施設・事業協会事務局　行き

FAX：０２８－６１２－１９０２

サービス管理責任者等研修受講資格取得研修

質　問　票

平成　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 |  | |
| 事業所名 |  | |
| 事業所住所 | 〒 | |
| 氏　名 |  | |
| 連絡先 | 電話： | FAX： |
| 研修名 | 受講資格取得研修　・　サービス管理責任者　・　児童発達支援管理責任者 | |
| 質問内容 |  | |
| 回答欄 | ※事務局が記載しますので空欄でお願いします。 | |