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・児童発達支援管理責任者研修**

**質問票**

令和　　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　・　基礎研修　・　更新研修 | |
| 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。 | |