医療的ケア児等支援事業事前相談

質問シート（FAX送付用）

〇質問シート送付先　　世田谷区障害福祉部障害保健福祉課　田中、仙田

　　　　　　　　　　　FAX：０３－５４３２－３０２１

〇送信締切日　　　　　相談日の前日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相談日時 | 月　　　日（　　）　　　　：　　　～　　　： | |
| 事業者名 |  | |
| 連絡先 | 電話： | FAX： |
| 代表者氏名 | （役職等）  （氏名・フリガナ） | |
| 質問事項① | について | |
| 質問事項② | について | |
| 質問事項③ | について | |

※ご相談は、この質問シートと申請書類（下書きしたもの）を基にお受けします。