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　横川、仙田、德永

　　　　　　　　　　　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。