第2号様式

|  |
| --- |
|  墨田区福祉保健部障害者福祉課庶務係あて ＦＡＸ：０３－５６０８－６４２３E-mail：SYOUGAIHUKUS@city.sumida.lg.jp |

|  |
| --- |
| 重度身体障害者グループホーム等整備・運営候補事業者募集に関する質問票 |

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 法 人 名 |  |
| 担当者名 |  |  ＴＥＬ |  |
| 回答送付先 | 住　所 |  〒 |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |

|  |
| --- |
|  質　問　事　項 |
|  |

※　質問事項ごとに1つの質問票をお使いください。