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：０３－５６０８－６４２３  E-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。