障がい福祉サービス等に関する質問票（就労選択支援に限る）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  | 質問日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 電話番号 | （　　　）　　－ | ＦＡＸ番号 | （　　　）　　－ |
|  |
| 質問項目 |  |
| 質問内容 |  |

※質問は１枚につき１項目としてください。