質　　問　　票

令和７年３月事業者説明会

送信票不要

該当項目に☑チェックしてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 居宅介護 | □ | 重度訪問介護 | □ | 同行援護 | □ | 行動援護 |
| □ | 短期入所 | □ | 共同生活援助 | □ | 自立生活援助 |  |
| □ | 地域移行支援 | □ | 地域定着支援 |  |

**【ＦＡＸ・Email送信先】**番号等のお間違いのないようご注意ください。

兵庫県障害福祉課あて　　**FAX：(０７８)３６２－３９１１**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　**Email：****shougaika@pref.hyogo.lg.jp**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 療養介護 | □ | 生活介護 | □ | 施設入所支援 | □ | 自立訓練 |
| □ | 就労移行支援 | □ | 就労継続支援 | □ | 就労定着支援 | □ | 障害児入所施設 |
| □ | 児童発達支援 | □ | 放課後等デイサービス | □ | 居宅訪問型児童発達支援 | □ | 保育所等訪問支援 |

**【ＦＡＸ・Email送信先】**番号等のお間違いのないようご注意ください。

兵庫県ユニバーサル推進課あて　　**FAX：(０７８)３６２－９０４０**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**Email：****universal@pref.hyogo.lg.jp**

◆質問内容◆

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問者 | 事業者名 | 事業所番号：（　　　　　　　　　　　）　所在地市町名：（　　　　　） |
| 担当者名 |  |
| 連 絡 先 | 電　話：　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：Email： |
| 質問内容（※質問内容にかかる資料名・ページ番号を明記してください） |
| （回答） |