令和　　年　　月　　日

鹿児島市 指導監査課 行き

（メール・ＦＡＸ・郵送用）

令和７年度 指定障害福祉サービス事業者等集団指導

 質 問 票

法人名

サービスの種類

事業所名

質問者 職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　－　　　　　－　　　　）

|  |
| --- |
| 質問事項 |
| 質問の理由、根拠、質問者の見解等 |

※見解の根拠、参考としたものがありましたら、それらも送信・郵送してください。

※ＦＡＸ送信される場合は、送付状（鑑）は必要ありません。

※ご質問は、一旦指導監査課で受け、内容に応じて各担当課から回答させていただきます。

**ＦＡＸ ０９９－２１６－１２４２**