

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