

様式 5

令和 8 年度知的障害者等居宅介護職員養成研修事業委託  
企画提案質問書

令和 年 月 日

静岡県健康福祉部障害者支援局長 様

商号又は名称

担当者名

電話番号

FAX・E-mail

令和 8 年度知的障害者等居宅介護職員養成研修事業委託に係る企画提案について、次の事項を質問します。

番号	質問事項

(注) 1 質問がある場合のみ提出すること。

2 用紙は A4 縦とする。