

## 質問票

| 質問 No. | 項 目 | 質問内容 |
|--------|-----|------|
|        |     |      |
|        |     |      |

「強度行動障害のある方の支援者に対する研修事業」に係るプロポーザルについて、  
上記のとおり質問します。

提出者 団 体 名 \_\_\_\_\_  
代表者氏名 \_\_\_\_\_  
質問者氏名 \_\_\_\_\_  
電 話 番 号 \_\_\_\_\_  
F A X 番 号 \_\_\_\_\_

提出先：千葉県健康福祉部障害福祉事業課  
事業・暮らしの場支援推進班  
TEL：043-223-2339  
FAX：043-222-4133  
E-mail：syohuk10@mz.pref.chiba.lg.jp