千葉県健康福祉部 高齢者福祉課 認知症対策推進班

「認知症専門職における多職種協働研修事業」担当者宛

E-mail：kourei6@mz.pref.chiba.lg.jp

令和　　年　　月　　日

**令和７年度認知症専門職における多職種協働研修事業委託に係る**

**質　　問　　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連 絡 先 | 所　　属 |  |
| 職・氏名 |  |
| 電話番号(内線) |  |
| ファクシミリ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 |  |
| （内　容） |

※質問項目が複数ある場合は、項目ごとに質問書を作成してください。