【様式３】

**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

　　　　　ＦＡＸ番号

提出先：千葉県健康福祉部障害福祉事業課

　　　　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