# 様式１

令和６年度障害福祉従事者等研修事業（スキルアップ研修）

質　問　書

　標記事業について、下記のとおり質問します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　群馬県健康福祉部障害政策課長　あて

事業者　所 在 地

電話番号

法 人 名

代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 質問者名

　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

|  |
| --- |
|  質問内容 |

※必要に応じて別紙様式（任意）を使用すること。