様式１

令和７年度　就労継続支援Ａ型事業所経営改善支援事業

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

　群馬県健康福祉部福祉局障害政策課

施設利用支援係　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 |