別紙様式７

送信先：石川県健康福祉部障害保健福祉課管理グループ　行

ＦＡＸ番号：０７６－２２５－１４２９

電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：shofuku2@pref.ishikawa.lg.jp

令和　　年　　月　　日

質　　問　　書

（錦　城　学　園）

法人名：

担当者氏名：

電話番号：

ＦＡＸ番号：

電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：

**※受付期間：令和４年８月１０日（水）～９月２２日（木）午後５時まで**

|  |  |
| --- | --- |
| 資料名・ページ・項目名 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |