（様式第３号）

**令和６年度徳島県介護職員研修等代替職員**

**支援事業に係る質問書**

　　　　提　出　者

会　社　名

担当部局名

担当者氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ-ｍａｉｌ

質問事項　　　　　　　　　　　　　　　（質問年月日　令和　　年　　月　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| 表　題 |  |
|  |  |

（注意）質問事項は、当様式１枚につき１問とし、簡潔に記載してください。

　　　　　　　　　　提出先　徳島県保健福祉部長寿いきがい課　介護支援担当

　　　　　　　　　　住　所　〒770-8570　徳島市万代町１丁目１番地

　　　　　　　　　　ＦＡＸ　088-621-2840

 　　　　 E-mail　choujuikigaika@pref.tokushima.jp