（様式第４号）

**質問票**

　「令和７年度徳島県外国人介護人材マッチング支援事業」企画提案募集要領等について、質問事項がありますので提出します。

名称（商号）

担当部局名

担当者職氏名

電話番号

メールアドレス

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

|  |  |
| --- | --- |
| 標題 |  |
| 内　容 |  |

（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。

　・質問票の送付後は、電話で到着確認を行ってください。

　　　　　　　　　　提出先

徳島県保健福祉部長寿いきがい課　施設サービス指導担当

住　所　〒770-8570　徳島県徳島市万代町１丁目１番地

　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　choujuikigaika@pref.tokushima.lg.jp