

「福祉・介護人材の処遇改善事業」
に係る質問票

法人名			
事業所名			
サービス種類			
連絡先	【TEL】	【FAX】	

項目		記入者	

事業に係る質問に御活用下さい。ワムネット京都府センターへの掲示等により回答させていただきます。（送付先：FAX075-414-4597 障害者支援課）