**茨城県サービス管理責任者等研修（ＦＡＸ質問票）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| 事業所住所 |  | |
|  |  | |
| 連絡先 | TEL　　　　　　（　　　　　　） | FAX　　　　　　　（　　　　　　） |
| 取得したい  資格  (丸を付けてください) | サービス管理責任者 | 児童発達支援管理責任者 |
| 基礎 　/　 実践 　/　 更新 | 基礎 　/　 実践　 /　 更新 |
| 質問内容 |  | |
| 回答欄 |  | |