（様式２）

**令和７年度滋賀県**

**医療的ケア児保育支援者育成事業業務にかかる質問票**

所在地

事業者名

代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者）所属

職・氏名

連絡先　ＴＥＬ：

ＭＡＩＬ：

**○箇条書きで、簡潔に記載してください。**

**○締切り　：　令和７年７月15日（火）１7時**

**○提出先　メール：jc00@pref.shiga.lg.jp 　　または　　FAX　:　077-528-4868**

**○お手数をおかけしますが、質問票を送信後にその旨、電話で連絡ください。**

**ＴＥＬ：077-528-3557**