

(様式第 3 号)

宮崎県障がい福祉課 担当宛

令和 7 年度宮崎県医療的ケア児等コーディネーター養成研修事業
企画提案競技

質問書

質問概要		
内 容		
質問者	法人（団体）名	
	担当者名	
	電話番号	
	F A X 番号	
	メールアドレス	

※ 質問の内容によっては、参加申込書を提出した全員に対して、質問及び回答を電子メールにて送付します。