**質問票**

**たんの吸引等医療的ケア研修等に係わる質問票**

宛先　　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会　　　　　　　　　　**FAX　045-324-8985**

送信日　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

法人名・事業所名

担当者氏名

回答返信先 FAX 　　　　　　　　　　　　　　　　　 Email

* 質問等がございましたら、こちらの票に記入してＦＡＸしてください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 回答日 | 受付者 |
|  |  |

|  |
| --- |
| 備考 |