北九州市障害福祉システムの標準化に係る情報提供依頼に関する質問票

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 部署名 |  |
| 御担当者名 |  |
| 連絡先メールアドレス |  |
| 連絡先電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 質問内容 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |