**様式２号**

**感染管理認定看護師養成課程設置準備・運営事業者公募　質問書**

令和４年　月　　日

　福島県医療人材対策室　行き

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所属名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メール |  |

　感染管理認定看護師養成課程設置準備・運営事業者公募について、下記のとおり質問します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ＮＯ | 質問事項 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |

※必要に応じて、行を追加してください。