日中サービス支援型指定共同生活援助の事業の実施状況等に係る新座市地域自立支援協議会への報告書（設置者用）

（令和　　年度分）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（宛先）

　新座市総合福祉部障がい者福祉課長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　上記の件について、下記及び別添のとおり提出します。

記

１　報告・評価シートを提出する事業所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所番号 | 事業所名 | 新規 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※　今年度初めて提出する事業所については、「新規」欄に「○」を記載してください。

２　本件に係る連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 部署・事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |