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評価後の取組内容等

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

令和　年　月　日付け新座市地域自立支援協議会において、日中サービス支援型指定共同生活援助の実施状況等についての評価等を受けましたので、別添のとおり評価後の取組内容等について報告いたします。