日中サービス支援型共同生活援助実施状況報告書

年　　月　　日

石巻市女川町自立支援協議会　会長　様

事業者(法人)所在地：

事業者(法人)名称：

代表者職氏名：

下記のとおり、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、関係書類を添えて報告します。

記

１　事業所名称

２　事業所所在地

３　事業の開始年月日

４　本件に関する連絡先

　　　担当者氏名：

　　　連　絡　先：（ＴＥＬ）

　　　　　　　　 （e-mail）

【添付書類】

　　■日中サービス支援型共同生活援助　報告・評価シート

　　■前回の事業評価シートの写し

　　■その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）