平成２７年３月１９日（木）開催（受付：１３時～開始：１３時３０分～）

**障害福祉サービス等に係る事業者説明会（日中系・居住系・障害児支援）出席票**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 担当者 |  |
| 電話 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | 事業所名（正式名称） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※障害福祉サービス、地域生活支援給付サービス、相談支援、障害児支援の番号を記入してください。介護保険の番号は記入しないでください。

平成２７年３月１９日（木）開催（受付：１３時～開始：１３時３０分～）

記入例

**障害福祉サービス等に係る事業者説明会（日中系・居住系・障害児支援）出席票**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 社会福祉法人　ちはな会 |
| 担当者 | 千葉　太郎 |
| 電話 | 043-XXX-XXXX |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | 事業所名（正式名称） |
| 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | A | A | A | A | 障害者支援施設ちはな |
| 1 | 2 | 6 | 0 | 1 | 0 | B | B | B | B | 日中一時支援ちはな |
| 1 | 2 | 5 | 0 | 1 | 0 | C | C | C | C | 放課後等デイサービスかそりーぬ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※障害福祉サービス、地域生活支援給付サービス、相談支援、障害児支援の番号を記入してください。介護保険の番号は記入しないでください。