　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

日中サービス支援型共同生活援助の運営状況等に関する報告について

佐世保市地域自立支援協議会長　様

　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　印

標記の件につきまして、佐世保市指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例第１９５条の１０の規定に基づき、報告します。

記

１　対象となる事業所

　　所在地：

事業所名：

２　連絡先

　　担当者名（役職）：

　　電話番号：

３　提出書類

　　・「報告・評価シート」

　　・「事業所基礎情報」

　　・事業所の位置図及び平面図（部屋別面積表含む）

以　上