平成２７年３月１９日（木）開催（受付：１０時～開始：１０時３０分～）

**障害福祉サービス等に係る事業者説明会（訪問系・相談支援）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：１０時～開始：１０時３０分～）

記入例

**障害福祉サービス等に係る事業者説明会（訪問系・相談支援）出席票**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 株式会社　ちば |
| 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 | ホームヘルプちはな |
| 1 | 2 | 6 | 0 | 1 | 0 | B | B | B | B | 〃 |
| 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0 | C | C | C | C | 相談支援事業所かそりーぬ |
| 1 | 2 | 7 | 0 | 1 | 0 | D | D | D | D | 〃 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※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。