

平成27年度 障害福祉サービス事業者等集団指導

出席票

(この出席票は出席当日の受付に提出してください)

事業所名										
事業者番号	2	3								
サービス種別 (※種別に☑)	午前の部 (午前10時30分～12時)									
	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練 (機能訓練・生活訓練) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 地域移行・定着支援 <input type="checkbox"/> 計画相談支援									
	午後の部 (午後2時30分～4時)									
<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援										
出席者氏名										
職名	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()									

※同一法人内の他の事業所の出席を兼ねる場合は、他の事業所名称及び事業者番号を以下に記載してください。

事業所名 (事業者番号)	(2 3)
事業所名 (事業者番号)	(2 3)