様式第１号（第２条関係）

年　　月　　日

　古河市障害者自立支援協議会　　宛て

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　㊞

日中サービス支援型指定共同生活援助事業評価等申込書

（　　　　年度分）

　日中サービス支援型指定共同生活援助事業の実施状況等について、評価等を受けたいので、関係書類を添付して次のとおり申し込みます。

１　事業所名

２　事業所所在地

３　事業開始年月日

４　添付資料

　(１)　日中サービス支援型指定共同生活援助事業報告書（様式第２号）

　(２)　その他協議会が必要と認める書類

担当者名

連絡先