**令和６年度甲府市障害福祉サービス事業者等集団指導**

出　　席　　票

|  |  |
| --- | --- |
| 出 席 日※右のいずれかに〇をつけてください | 5月29日(水)PM / 5月30日(木)PM |
| 事業所番号 | 事業所名 |
| 1 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所所在地 | 甲府市 |
| サービス種別　※指定を受けている全てのサービスに○をつけてください。 |
| ・障害福祉サービス居宅介護　　　　　　　重度訪問介護　　　　　同行援護　　　　　　行動援護　　療養介護　　　　　　　生活介護　　　　　　　短期入所　　　　　　重度障害者包括支援自立訓練（機能訓練）　自立訓練（生活訓練）　就労移行支援　　　　　就労継続支援A型　　　就労継続支援B型　　就労定着支援自立生活援助　　　　　共同生活援助 |
| ・障害者支援施設生活介護　　　　　　　自立訓練（機能訓練）　　　自立訓練（生活訓練）　就労移行支援　　　　　就労継続支援B型　　　　 |
| ・障害児通所支援児童発達支援（センター以外）　　児童発達支援センター　　　　居宅訪問型児童発達支援　放課後等デイサービス　　　　　　保育所等訪問支援 |
| ・相談支援地域移行支援　　　　　地域定着支援　　　　　計画相談支援　　　　障害児相談支援 |
| **出席者職・氏名** |  |
| **連絡先** |  |
| **当日の体温** | **℃** | **風邪の症状等** | **有　・　無** |

**＜記入時の注意事項＞**

・**集団指導当日に受付にてご提出願います。**

・事業所名、事業所番号、サービス種別、出席者名等をご記入下さい。

・併設の事業所等を代表してご出席される場合は、**全ての事業所番号、事業所名、サービス種別等**をご記入ください。

・発熱または風邪の症状等がある方はご来場をお控えください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　お問い合わせ先

甲府市福祉部指導監査課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡０５５－２２３－７０５６