

障がい福祉サービスの人員配置に係る確認依頼について

年 月 日

障がい福祉課長

申請者 所在地
名 称
代表者氏名

印

下記の事業所において、共生型サービスの指定申請を予定しています。
つきましては、障がい福祉サービスの提供に必要とされる人員配置要件を満たしている
ことの証明が必要となるため、別添の勤務形態一覧表について確認をお願いいたします。

記

事業所名：

上記の件について、下記(及び別紙)のとおり回答します。

- ☐ 障がい福祉サービス事業所の指定基準(人員配置)を満たしています
- ☐ 障がい福祉サービス事業所の指定基準(人員配置)を満たしていません
(詳細は別紙のとおり)

平成 年 月 日

障がい福祉課長 印