**指定障害児通所支援**

**実　地　指　導　調　書**

**児童発達支援・医療型児童発達支援**

**放課後等デイサービス・保育所等訪問支援**

**居宅訪問型児童発達支援**

※実施しているサービス〇で囲うこと

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者（法人）名 |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所指定番号 |  |
| 事業所の所在地 | 〒　　　－  （TEL:　　－　　　　－　　　　） |
| 管理者氏名 |  |
| 資料作成者職  氏名 |  |
| 駐車場の有無  ※実地指導に伺う際に使用できる駐車場の確認です。 | 有　　　　　　　　　　無 |

　　　　　　　　※柏市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 実地指導年月日 | 年　　月　　日 |
| 担当職員  （職・氏名） |  |