**指定障害福祉サービス等**

**実　地　指　導　調　書**

・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・

※上記枠内に，実施しているサービスを記載すること

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |  |