

(※表紙を付けずにこのまま送信してください)

年 月 日

特定相談支援事業所等立ち上げ支援、後方支援依頼書

| | |
|---------|---|
| 貴 機 関 名 | |
| 担当部署名 | |
| 担当者名 | |
| 連 絡 先 | (〒) 住所 |
| | TEL. () - FAX. () - |
| | e-mail : @ |
| 希 望 日 | ① 月 日 () <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| | ② 月 日 () <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| | ③ 月 日 () <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| | ※お手数ですが、第3希望までご記入ください。ご希望に添えない場合は日時の調整をさせていただきますので、予めご了承ください。 |
| 依 頼 内 容 | ①特定相談支援事業所等立ち上げに関する支援 内容 : |
| | ②特定相談支援事業所等運営に関する相談 内容 : |
| | ③事例検討による後方支援 内容 : |
| | ④その他 内容 : |
| 備 考 | |