4-2（第１号様式関係）

4-2　通所体験事業実施計画書

法人名	
法人の所在地	

〇事業所の概要

指定事業所番号		サービス種別	
事業所名			
事業所所在地			
事業所の定員	名		

〇事業実施責任者

氏名		役職又は所属	
職員の資格要件	社会福祉主事任用資格		
	障害福祉実務経験	年以上	

〇体験見込み日数

利用者	体験日数	体験内容	体験開始日
	日		
	日		
	日		
	日		
	日		
	日		
	日		
	日		
	日		
	日		
	日		
	日		
	日		
	日		
	日		

〇備考

※事業実施責任者の資格要件を満たしていることが確認できる書類を添付すること。