

年 月 日

逗子市福祉部障がい福祉課長

施設名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

_____月分通所報告書について

_____月分通所報告書について、次のとおり報告します。

対 象 者 総 数 _____ 名(本月実績のなかった者含む)

本 月 報 告 者 数 _____ 名(通所報告書の枚数と同数)

本月利用のなかった者の数 _____ 名