

事業実施状況報告書

施設	名称			
	所在地及び電話番号	電話番号		
設置者	法人名及び代表者氏名	法人名 代表者氏名		
	法人の所在地及び電話番号	電話番号		
実施責任者				
職員の構成		氏名	常勤又は非常勤の別	1週間当たりの勤務日数
			常勤	
			常勤 非常勤	
			常勤 非常勤	
			常勤 非常勤	
			常勤 非常勤	
			常勤 非常勤	
			常勤 非常勤	
防災訓練		年 月 日実施		
健康診断		年 月 日実施		
作業及び指導の内容				
1週間の開所日数			1日の作業時間	

利用 の 状 況	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合 計	
	開所日数 A	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
	利用延人 数 B	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	1日平均 利用者数 B/A	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	総 数	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人
毎月1日現在の在籍者数															
居住市町村別内訳															
市町村名	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	

注 地域活動支援センターⅢ型で重度補助加算の対象となる施設の場合は、毎月1日現在の在籍者数における重度障がい者等数は内数により括弧書とする。