令和　年　月　日

習志野市障がい福祉課長　宛て

事業者名

電話番号

メールアドレス

担当者職・氏名

　　　地域連携推進会議の協力依頼について

　地域連携推進会議を開催するにあたり、下記のとおり依頼いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| グループホーム事業所名 |  |
| グループホーム住居名 |  |
| 会議を開催する住居の住所 | 習志野市 |
| 定員 | 名 |
| 対象障がい種別 | 身体　・　知的　・　精神　・　難病　・　医療的ケア |
| 依頼する構成員  ※１ | 【　】町会、自治会  【　】民生委員、児童委員  【　】市障がい福祉課職員 |
| 会議開催予定日① | 令和　年　月　日（　）  午前・午後　時　分～　時　分まで |
| 会議開催予定日②※２ | 令和　年　月　日（　）  午前・午後　時　分～　時　分まで |
| 会議次第※３ | 別紙のとおり |
| 施設見学 | 会議と併せて実施　・　会議とは別日で実施 |
| 施設見学予定日① | 令和　年　月　日（　）  午前・午後　時　分～　時　分まで |
| 施設見学予定日②※２ | 令和　年　月　日（　）  午前・午後　時　分～　時　分まで |
| その他※４ |  |

※１複数の構成員候補に依頼可。グループホーム住居の地域または近隣地域の推進員候補に依頼します

※２候補日が複数ある場合は記載してください

※３会議次第を添付してください

※４会議、施設見学の他、依頼事項があれば記載してください