**【様式１】**

短期集中型通所サービス事業実施報告書

　　年　　月　　日

長　崎　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受注者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　年　　月分の短期集中型通所サービス事業の実施について、次のとおり報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催日 | 参加者数委託料 | 専門職氏名（職種） |
| 専門職加算額 |
| 日 |  人　　　　 　円 |  |
| 円 |
| 日 | 　　　　　 人　　　　  円 |  |
| 円 |
| 日 | 　　　　　 人　　　　 円 |  |
| 円 |
| 日 | 　　　　　 人　　　　 円 |  |
| 円 |
| 日 | 　　　　　 人　　　　 円 |  |
| 円 |
| 計 | 円（①） | 円（②） |
| 計 | 円（①＋②の計） |

担当者名

連絡先