

(様式4)

令和 年 月 日

派遣事業経過報告書

徳島県保健福祉部障がい福祉課長 殿

住 所
法 人 名
代表者名

徳島県障がい者就労継続支援事業所経営改善支援事業実施要領に基づき、次のとおり報告します。

派遣日	令和 年 月 日 ()
派遣された専門家の氏名	氏 名
貴事業所の課題等	
専門家との協議内容等	
専門家派遣後の状況 (経過状況・成果・ 今後の対応予定等)	

※参考となる資料等があれば、添付してください。