**※Licoネットで報告できない事業所の方はご利用ください。**

**令和　年　月　日**

令和６年度　集団指導（障害）参加確認シート

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 | 事業所名 | 指定サービス名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**※同法人で複数事業所がある場合は，事業所ごとに記載いただきますようお願いします。**

**※一事業所で複数サービスを提供している場合には，各サービス名を記載いただきますようお願いします。**

**担当者：**

**連絡先：**

**高知市指導監査課**

**電話：088-823-9428**

**FAX：088-823-9571**

**E-mail：****kc-110900@city.kochi.lg.jp**