|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **法人名**事業内容確認書 |  | **代表者** | 記載日　　　　平成　　年　　月　　日記載者　氏名連絡先電話番号 |
| **事業所名**記載日　　　　平成　　年　　月　　日記載者　氏名連絡先電話番号 | 記載日　　　　平成　　年　　月　　日記載者　氏名連絡先電話番号 | **所在地**記載日　　　　平成　　年　　月　　日記載者　氏名連絡先電話番号 | 　令和　　年　　月　　日担当者　連絡先 |
| **事業に対する考え方****●企業の概要****起業の動機等** |
|  |
| **代表者の過去の経験や現在の状況** |
|  |
| **社会福祉事業に携わった経験や知識や情報入手の方法** |
|  |
| **経営の理念** |
|  |
| **事業の目的** |
|  |
| **目的を達成するための具体的な手段** |
|  |
| **●事業の内容****利用者（従業者）の賃金の額及びその根拠** |
|  |
| **利用者（従業者）のサービス提供時間及びその理由** |
|  |
| **従業者の勤務時間及びその理由** |
|  |
| **利用者の具体的な業務内容** |
|  |
| **従業者の具体的な支援の内容** |
|  |
| **提携就労支援機関名（複数ある場合は別紙にて添付）** |
| **業種** |
| **住所** |
| **連絡先電話番号** |
| **担当者名** |
| **協力企業（複数ある場合は別紙にて添付）** |
| **企業名** |
| **業種** |
| **住所** |
| **連絡先電話番号** |
| **担当者名** |
| **連携障害福祉サービス事業所（複数ある場合は別紙にて添付）** |
| **事業所名** |
| **住所** |
| **連絡先** |
| **担当者名** |