|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | |