事業廃止（休止）に係る障害児通所支援利用者引き継ぎリスト　　（添付資料）

法人名	
事業所名	
サービス名	
担当者名	
連絡先	

Ｎｏ	利用者氏名	支給決定 市町村	受給者番号	面談日	希望する サービス	異動先 サービス	異動先 事業所	相談支援 事業所名	相談支援 専門員名
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									

Ｎｏ	利用者氏名	支給決定 市町村	受給者番号	面談日	希望する サービス	異動先 サービス	異動先 事業所	相談支援 事業所名	相談支援 専門員名
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									