

様式第7号（第9条関係）

堺市障害者相談支援機能強化事業専門家活動実績報告書

年 月 日

堺 市 長 殿

住所

氏名

（報告者が自署しない場合は、記名押印をしてください。）

職種

堺市障害者相談支援機能強化事業実施要綱第9条第1項の規定により、 年 月分の  
堺市障害者相談支援機能強化事業の活動実績を次のとおり報告します。

1 専門的支援を実施した先

--

2 具体的内容

日 時	
場 所	
支援活動内容	