

事業所間連携報告書

児童氏名						受給者証番号							
フリガナ													
実施日時		令和 年 月 日 () 時 分 ～ 時 分											
参加者 (事業所名・担当者名)									司会:				
									記録:				
欠席者													
対象児の状況の要点													
対象児に関する支援の 要点													
事業所間で必要な連携 及び連携方法													
その他(例:生活上の課題・保護者の状況など)													
障害児相談支援利用の 緊急性		有り ・ 無し											
次回の開催時期(目安)													

※ 個別支援計画を添付してください。

※ 会議開催月の翌月10日までに障害自立支援課(jiritsu@city.hiroshima.lg.jp)へ提出してください。