年　　月　　日

指定特定・障害児相談支援事業連携確約書

印西市長　　様

申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　㊞

　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する指定特定相談支援事業及び児童福祉法に規定する指定障害児相談支援事業を行うにあたり、当法人は事業の主たる対象とする障害を【　　　　】のみとしているため、下記の者と連携して事業を実施することにより、総合的に相談支援を行うことを確約いたします。

記

連携者　所在地

　　　　名　称

　　　　代表者　　　　　　　　　　　㊞

　　　　事業の主たる対象とする障害【　　　　】

　　　　指定事業所番号【　　　　　　　　　】又は指定予定日【　　　　年　　月　　日】