年　　月　　日

指定特定・障害児相談支援事業（障害児のみ対象）連携確約書

印西市長　様

申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　㊞

　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】