

現に当該指定障害福祉サービス等を受けている者について

	氏名	連絡先	受給者 番号	引き続きサービスを受ける 希望の有無	引き続き当該指定障害福祉サービス等に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービス等を継続的に提供する他の指定障害福祉サービス等事業者の名称
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					