

第 号
平成 年 月 日

鳥取県福祉保健部子育て王国推進局
子ども発達支援課長 様

(事業者名)
(代表者名)

印

平成 年度鳥取県指定障害児通所支援事業者等に係る実地指導の改善報告書

実地指導実施 年月日			
1 改善を要する事項	2 改善措置状況	3 改善措置の具体的内容 (2で○を付した場合に記入)	4 今後の改善予定 (2で×を付した場合に記入)
備 考 欄			

注1：この報告書は、実施指導において、指導監査実施者より改善事項を指導された指定障害児通所支援事業者等が作成し、指定期日までに指導監査実施者に報告すること。

注2：「1 改善を要する事項」欄は、指導監査実施者から改善を求められた事項すべてについて記入すること。

注3：「2 改善措置状況」欄は、改善措置を講じた場合には○を、講じていない場合には×を記入すること。

注4：「4 今後の改善予定」欄は、期限を明示の上で、改善予定としている内容を具体的に記入すること。

注5：記入欄が足りない場合は、適宜追加して作成すること。