

(様式第2号)

取組内容報告書

事業者名	
担当者名	
電話番号	
(西暦) 年 月 日	取組内容 ※どこで、誰が、誰を対象に、何を実施したかがわかるようにご記入ください。 ※写真をできるだけ添付してください。

※提出先：愛媛県保健福祉部生きがい推進局障がい福祉課 (Mail : syougaihukus@pref.ehime.lg.jp)

※取組内容は、県HPで紹介させていただく場合があります。