（様式５　保健福祉事務所→障がい者支援課　報告）

　　　年　　　月　　　日

障がい者支援課長　あて

（圏域名）保健福祉事務所福祉課長

障害者福祉施設従事者等による障がい者虐待相談・通報・届出について（報告Ⅰ）

　標記の件について、市町村から別添のとおり提出されましたので、報告します。

（担当者氏名等）