

サービス管理責任者	事務員	班 長	担 当

# 外泊 ・ 外出届

障害者支援施設 カーサ・ミナノ

令和 年 月 日 ( ) 提出

施設長 中田 伶 様

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

私は、下記により外泊・外出したいので承認して下さい。

## 記

区 分	外泊 ・ 外出 (どちらかに○を付けて下さい)
期 間	令和 年 月 日 ( ) 時 分 から 令和 年 月 日 ( ) 時 分 まで
外泊・外出先	☎ _____
理 由	
付添い人氏名	続柄
付添い人連絡先	住所 _____ ☎ _____ (確認表) 有 ・ 無 (外泊中のお願い) 有 ・ 無
交通手段・経路	

注：欠食の場合は、3日前までに欠食届けを提出下さい。