

(様式3)

## 緊急一時宿泊事業利用状況連絡票

〇〇区保健福祉部長（保護〇課〇係 〇〇）

先にご依頼いただきました宿泊については、下記のとおりとなりましたので、連絡します。

利用者名	( 歳) 男 ・ 女
宿泊する部屋番号	号室 (口スポット)
利用日	令和 年 月 日～令和 年 年 月 日 (泊)
担当者	(株式会社 ) 〇〇
電話番号	

※保護自立支援課 FAX 011-218-5180