

(様式第2号)

## 売 上 報 告 書

島根県健康福祉部障がい福祉課長 様

報 告 日	令和 年 月 日
事 業 所 名	
担 当 者 名	
連 絡 先	

障がい者チャレンジショップ「すまいる」での売上を次のとおり報告します。

出店月日（曜日） 開店～閉店時刻	販売員数（人）		販売商品	売上（円）
	職 員	利用者		
月 日（ ） ： ～ ：				
月 日（ ） ： ～ ：				
月 日（ ） ： ～ ：				
月 日（ ） ： ～ ：				
月 日（ ） ： ～ ：				

※ 翌月5日までに当課あて提出ください。

就労支援スタッフ管理者

Eメール [shurou-syougai@pref.shimane.lg.jp](mailto:shurou-syougai@pref.shimane.lg.jp)

ファクシミリ【0852-22-6687】 による提出可