

## 障害福祉サービス施設・事業所アンケート

1. 施設・事業所の情報を教えてください。

施設・事業所名：

住 所：

電話番号：

FAX：

2. 貴施設・事業所の設置主体は何ですか？

社会福祉法人 ・ NPO 法人 ・ 有限会社 ・ その他（ ）

3. 貴施設・事業所のサービス種別は何ですか？（複数回答）

施設入所 ・ 生活介護 ・ 就労継続 B 型 ・ 就労継続 A 型 ・ 就労移行支援  
(定員： ) (定員： ) (定員： ) (定員： ) (定員： )

自立訓練（ ）・グループホーム ・ 短期入所 ・ 日中一時  
(定員： ) (定員： ) (定員： ) (定員： )

居宅介護（家事援助 ・ 身体介護 ・ 通院介助） ・ 行動援護 ・ 同行援護

重度訪問介護 ・ 移動支援 ・ 訪問入浴 ・ 特定相談支援

一般相談支援（地域移行 ・ 地域定着） ・ その他（ ）

4. 営業日・営業時間

--

5. 事業内容（作業内容含む）

--

6. その他、お伝えいただける情報・アピール等ありましたらお願いします。  
(対象者・空き情報・送迎有無・工賃・就労実績等々・・・etc...)

7. 今回お答えいただいた内容を、情報として公表しても良いですか？

良い ・ 悪い ・ その他 ( )

8. 平成 29 年 6 月 17 日(土)予定の障害福祉サービス説明会にご参加いただけますか？

参加 ・ 不参加

9. 施設・事業所で作業等の製品がある場合、展示販売は可能ですか？

可能 (製品名 : )

不可 (展示のみならば可 ・ 全て不可 )

10. その他、何かありましたらご記入ください。(お気づきの点・ご提案等々…)

**5月24日までに返信いただきますようお願い致します。ご協力ありがとうございました。**