

(参考様式2)

イメージ

新体系サービスへの移行希望アンケート調査票【小規模作業所用】

平成 年 月 日

フリガナ							
事業所名称							
事業所の所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号 ()						
代表者氏名							
事業開始年月日	昭和 年 月 日	職員数	常勤				人
	平成 年 月 日		非常勤				人
利用者数	人		増員数	人			
移行を希望する新体系種別利用者数 (日中活動)	療養介護	生活介護	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行 支援	就労継続支援 (雇用型)	日中活動 合計
	人	人	人	人	人	人	
	就労継続支援 (非雇用型)	地域活動 支援センター	移行しない				人
	人	人	人				
新体系への 移行希望時期	平成 年 月 日						
法人格の有無	あり ・ なし						
法人の種別または 取得予定の法人種別	社会福祉法人 ・ NPO法人 ・ その他()						
法人認可日(または 法人格取得予定日)	昭和 年 月 日 (予定日 平成 年 月頃) 平成						