**事業所ガイド調査票**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者名（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | | | | | |
| サービス種別 |  | | | | | | | | |
| 対応可能人数（定員等） |  | | | | | | | | |
| 管理者名 |  | | | | | | | | |
| 事業所郵便番号 |  | | | | | | | | |
| 事業所住所 |  | | | | | | | | |
| 事業所ＴＥＬ |  | | | | | | | | |
| 事業所ＦＡＸ |  | | | | | | | | |
| Ｅメールアドレス  （利用者問合せ先） |  | | | | | | | | |
| ホームページＵＲＬ |  | | | | | | | | |
| 事業者名 |  | | | | | | | | |
| 事業者郵便番号 |  | | | | | | | | |
| 事業者住所 |  | | | | | | | | |
| 事業者ＴＥＬ |  | | | | | | | | |
| 事業者ＦＡＸ |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| サービス提供日  提供日○、休業日×、  場合による△ | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 | 年間休日等 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 |  | | | | | | | | |
| サービス提供時間 |  | | | | | | | | |
| 主たる対象者  （該当するものに○） | 身体　　　知的　　　精神　　　障がい児　　　難病等対象者 | | | | | | | | |
| 医ケア・重心受け入れ  （該当するものに○） | 医ケア　　重心 | | | | | | | | |
| 食事代（食材料費） |  | | | | | | | | |
| 入浴種類  （該当するものに○） | 入浴なし　　普通浴　　機械浴　　その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| サービス提供地域 |  | | | | | | | | |
| 送迎 | なし　　　あり | | | | | | | | |
| 備考  （90文字以内で事業所の概要、活動内容やアピールポイント等記載してください。） |  | | | | | | | | |