TSUNAGUみと調査票

⑦就労移行支援

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話／FAX | (電話)　　　　　　　　　　　　(FAX) |
| メールアドレス |  |
| ホームページ | [ ] あり　　　[ ] なし |
| 法人・会社名 |  |
| 主たる対象の障害種別 | [ ] 身体障害　　[ ] 知的障害　[ ] 精神障害　　　　　　 | 定員 | 　　　　 名 |
| 営業日 | （例）（月）～（金）ただし祝祭日および当事業所指定の日を除く |
|  |
| 活動時間 | （例）9:00～15:00　　　 |  |
| 利用相談受付時間 | （例）8:30～17:30　　　 |  |
| 送迎 | [ ] あり（利用者宅まで）[ ] あり（集合場所まで）[ ] なし　　 | 「あり（利用者宅まで）」の送迎範囲 |  |
| 自家用車での通勤 | [ ] 不可　　[ ] 可（駐車場あり）　[ ] 可（駐車場なし：自己負担） |
| 食事（昼食代） | 1食あたりの総額表示 | １食　　　　　　　　円 |
| 食事提供体制加算対象者の場合 | １食　　　　　　　　円 |
| 館内設備（バリアフリー・トイレ） | [ ] 車イス対応　　　　[ ] 床面に段差なし　　[ ] トイレ内手すり　　[ ] 車イス対応トイレ　 |
| 併設している事業所 | [ ] 生活介護　　[ ] 自立訓練　　[ ] 就労継続支援A型[ ] 就労継続支援B型　　[ ] 併設している事業所なし |

２枚目に続きます☞

|  |  |
| --- | --- |
| 提供している作業・プログラム等 |  |
| 事業所の紹介（130字以内） |  |
| その他の受け入れ可能なサービス | [ ] 体験実習　　　　[ ] 医療的ケア（看護師在籍）　　 |

以上