TSUNAGUみと調査票

⑫計画相談

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 | （者）　　　　　　　　　　　（児） |
| 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 |  |
| 営業日 | （例）（月）～（金）ただし祝祭日を除く |
|  |
| 営業時間 | （例）8：30～17：30 |
|  |
| 併設している  相談支援サービス | 地域移行支援 　地域定着支援　　自立生活援助 |
| 同法人・会社内で  併設している  サービス事業 | 居宅介護 　生活介護 　療養介護 　就労移行  就労A型 　就労B型 　就労定着　自立訓練  短期入所 　施設入所 　共同生活援助  居宅介護支援（高齢）  児童発達支援（児童） 　放課後等デイサービス（児童） |
| 所属している相談支援専門員の人数 | ＊常勤換算数ではなく，所属している相談員の人数をお答え下さい。 |
| 人 |
| 相談支援専門員が  保有している資格 | （例）保育士，社会福祉士，精神保健福祉士，介護支援専門員　等，福祉領域に関する資格をお答え下さい。 |
|  |