アンケート調査回答表（会員）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所　名 |  | 管理者名 |  |
| 人　　　員 | 常勤　　　人（主任　　人）　非常勤　　　人（主任　　人） | | |
| 特定事業所加算 | Ⅰ　　Ⅱ　　Ⅲ　　・　　Ⅳ | | |

＊当てはまる番号に○をしてください。又、質問の回答を記入お願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １） | 1.　2.　3.　4.　5.　6.　7.　8.　9.　10．⇒右の欄に記入  6.に○を付けた方⇒障害・生活保護・その他（　　　） | 10.のその他 |
| ２） | 1.　2.　3.　4.　5.⇒右の欄に記入 | 5.のその他 |
| ３） | 基準①　⇒　1. 2.  基準②　⇒　1.　　　事業所  　　　　　　2.  　　　　　　3.　はい　　いいえ  　　　　　　4.    　　　　　　5.  ６．⇒右の欄に記入 | 6.の感想 |
| ４） | 1.　2.　3．⇒（年・月　　回） |  |
| ５） | 社内ケアプランチェックの方法 |  |
| ６） | 1．　　　　　　　　　　　　　　　　　　2． |  |
| ７） | 1.　2.　3.　4.　5.　6.　7.　8.　9.　10.　11.　12.  13.その他 |  |
| ８） | 1.　2.　3. |  |
| ９） | 不満の内容 |  |
| 10） | 希望や意見 |  |

締切7月５日　ＦＡＸ047-341-6686