

— 身体障害者通所授産施設版 —

職員用 : 回答シート

施設・事業所名 : _____

○回答者属性（どちらかに”○”をつけてください）

	リーダー層
	一般職員

○サービス分析シート(カテゴリー6)（あてはまるもの一つに”○”記入してください）

NO.	できている	できていない ところがある	できていない	知らない・ 分からない
6-1-1				
6-2-1				
6-2-2				
6-3-1				
6-3-2				
6-3-3				
6-3-4				
6-4-1				
6-4-2				
6-4-3				
6-4-4				

NO.	できている	できていない ところがある	できていない	知らない・ 分からない
6-4-5				
6-4-6				
6-4-7				
6-4-8				
6-5-1				
6-5-2				
6-6-1				
6-6-2				
6-6-3				