

— 身体障害者小規模通所授産施設版 —

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 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |