

*一連番号									
*調査番号									

[注] *印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 運営法人名 (運営法人名を記入してください。)			
(2) 事業所名			
(3) 事業所の所在地	〒	TEL (	)-(

(4) サービスの種類・事業所番号

・9月30日現在で、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、該当する「活動状況」の一つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正をしてください。
記入後は、サービスの種類ごとに右側に示したページへ進んでください。

・印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄の事業所番号、事業所名等を記入してください。

・下記サービスについて、休止届や廃止届を出している場合は、「休止中」、「廃止」に○をつけてください。以降のページは記入不要です。

・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください(同一法人・同一住所のサービス事業所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください)。

・調査票は住所ごとに送付していますので(同一法人・同一住所の事業所には、まとめて送付)、別住所におけるサービスの記入は不要です。

サービスの種類	事業所番号	事業所名	活動状況 (一つに○)	回答ページ
141 介護予防 認知症対応型 通所介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	2 ページ に記入して ください
142 認知症対応型 通所介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	
151 介護予防 認知症対応型 共同生活介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	3 ページ に記入して ください
152 認知症対応型 共同生活介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	
161 地域密着型 特定施設入居者 生活介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	4 ページ に記入して ください
171 夜間対応型 訪問介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	5 ページ に記入して ください
181 介護予防 小規模多機能型 居宅介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	6 ページ に記入して ください
182 小規模多機能型 居宅介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	

(5) 経営主体	※右のリストから、該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。 経営主体 01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 社会福祉協議会 05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 06 医療法人 07 社団・財団法人(公益・一般) 08 農業協同組合及び連合会 09 消費生活協同組合及び連合会 10 営利法人(会社) 11 特定非営利活動法人(NPO) 12 その他の法人 13 01～12以外
(6) 苦情解決のための 取組状況 (複数回答)	該当する番号すべてを○で囲んでください。 1 苦情受付窓口を設置 2 苦情解決責任者を設置 3 共同で第三者委員を設置 4 単独で第三者委員を設置 5 1～4 以外の取組を実施している

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として
使用場合があります。事業所の代表者の氏名ではなく、
実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先を記
入してください。なお、FAXの記入は任意です。

調査票記入者名・ 担当部署と連絡先 (※必須)	(担当部署名)
	(調査票記入者名)
	電話 (- -)
上記以外連絡先 (携帯、FAX等)	