

令和元年度東村山市障害者自立支援協議会 就労支援部会

アンケート回答事業所 基本情報

法人名	
事業所名	
サービス名称 (生活介護・就労継続支援B型)	
事業所所在地	
連絡先 (メールアドレス)	
定員数	
職員人員配置	
契約者数	
障害内訳	身体 人、知的 人、精神 人、難病 人
在籍されている方の平均年齢	身体 歳、知的 歳、精神 歳、難病 歳、合計 歳
障害支援区分	区分1 人(身体 人、知的 人、精神 人、難病 人) 区分2 人(身体 人、知的 人、精神 人、難病 人) 区分3 人(身体 人、知的 人、精神 人、難病 人) 区分4 人(身体 人、知的 人、精神 人、難病 人) 区分5 人(身体 人、知的 人、精神 人、難病 人) 区分6 人(身体 人、知的 人、精神 人、難病 人)
当アンケートについての 連絡担当者 (記入者)	
電話番号	
メールアドレス	

ありがとうございました。

返送先：基幹相談支援センターーと（稲森、西郷） FAX：042-393-0411