札幌市障害児通所支援事業者等自己点検表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供するサービス（該当するサービスに○を付す） | 　 | 1)児童発達支援 |  | 2)児童発達支援センター |  | 3)放課後等デイサービス |  | 4)居宅訪問型児童発達支援 |  | 5)保育所等訪問支援 |  | 6)福祉型障害児入所施設 |
| 　 | 7)医療型障害児入所施設 |  | 8)障害児相談支援 |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 事業所（施設）名 | 　 |
| 所　在　地 | 　 |
| 事業所番号 | 　 |
| 法人(設置者）名 | 　 |
| 点検年月日 | 　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　） |
| 点　検　者 | 　 |
| 職名・氏名 | 　 |
| 連　絡　先 | 　　　電話　　　　　　（　　　　　　） |  （その他メールなど） |
| 備　　　考 | 【記入の要領】・点検内容を確認し、チェック欄の「適」又は「否」に「○」を記載してください。・貴事業所（施設）で該当しない内容については、チェック欄に斜線（／）を付してください。 |