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。 | | | | | | | | | | | |