

障害者基幹相談支援センターの運営状況にかかるアンケート

各区自立支援連絡協議会構成員 各位

日頃より本市の障害福祉行政につきまして、ご理解とご協力を賜り感謝申し上げます。

さて、障害者基幹相談支援センターに対する皆様方の評価をお伺いし、今後のセンター運営に活かしていきたいと考えておりますので、アンケートへのご協力をお願いいたします。アンケートご記入後は、平成29年7月31日（月）までに下記送付先までFAXにて送信してください。

【送付先】名古屋市健康福祉局障害者支援課認定支払係（伊藤）

FAX 972-4149

こちらへの
記入も願
いします。

対象センター	区障害者基幹相談支援センター
回答者（事業所名等）	

※ 回答者を公表することはありません。

また、回答内容については、回答者を伏せて対象センターへフィードバックします。

問1 障害者基幹相談支援センターに相談したことはありますか。

1 ある 2 ない

※ 「ある」場合は、相談内容をご記入ください。

()

※ 「ない」場合、その理由があればご記入ください。

()

問2 （問1で1に○をつけた方へ）相談した時の障害者基幹相談支援センターの対応はどうでしたか。該当する番号に○をつけ、その理由をご記入ください。

1 よかった 2 どちらともいえない 3 よくなかった

(理由)

問3 障害者基幹相談支援センターの業務について、今後期待する事がありますか。ある場合はその内容をご記入ください。

問4 区自立支援連絡協議会に対する感想や、今後協議会に期待する事をご記入ください。

ご協力ありがとうございました。