障害児通所支援に係る自己評価結果報告書

１．事業所の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所・施設の名称 |  | | | |
| 事業種別  （種別を○で囲む） | 児童発達支援　　　放課後等デイ | | | |
| 事業所番号 |  | | | |
| 所　在　地 | 〒  　埼玉県川口市 | | | |
| 連絡先 | 電　話 |  | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  | | | |

２．取組時期

|  |  |
| --- | --- |
| ①自己評価 | 令和　　年　　月　　日 |
| ②保護者評価 | 令和　　年　　月　　日 |
| ③事業所全体による評価 | 令和　　年　　月　　日　(※職員会議開催日等) |

３．公表結果

|  |  |
| --- | --- |
| 公表日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 公表の方法 | ■インターネット  　（ＵＲＬ：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **※必ずＵＲＬを記載してください。**  □保護者向けお知らせ  □事業所内の掲示  □その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先（℡） |  |