

# 就労移行支援事業所等自己評価シート 提出フォーマット・アンケート

(1) 事業所名 多機能型事業所とらいわーく

(2) 事業所番号 0110101573

※法人内で複数の事業を行っている場合は、それぞれの事業ごとにシートを作成してください。  
また、主たる事業所と従たる事業所がある場合は、主たる事業所へ集約し、シートを作成してください

(3) 記入者 職・氏名 管理者 菱谷 久美子

※シートは管理者又はサービス管理責任者が記入するようにしてください。それ以外の職員が記入する場合であっても、必ず管理者又はサービス管理責任者に確認を受けてから提出・公表してください（その場合は確認した管理者又はサービス管理責任者の氏名をご記入ください）。  
また、できるだけ多くの職員の方、理事の方、可能であれば利用者の方も参加するようにしてください。

(4) 電話番号 011-206-1186

(5) メールアドレス [office@tryworksapporo.com](mailto:office@tryworksapporo.com)

## 【自己評価制度実施に係るアンケート】

制度の改善点の把握や、今後の制度見直しの参考とするため、簡単なアンケートを実施しますので、御協力をお願いいたします。

(1) 自己評価シートの内容について  
次の中から、貴事業所の御意見に最も近いものを1つ選択してください。

1. 大変わかりやすい
2. わかりやすい
3. どちらでもない
4. わかりにくい
5. 大変わかりにくい

回答欄
2

(2) 自己評価シートの分量について  
次の中から、貴事業所の御意見に最も近いものを1つ選択してください。

1. 多い（簡略化してほしい）
2. やや多い（できれば簡略化してほしい）
3. どちらでもない
4. やや少ない（できれば詳細にしてほしい）
5. 少ない（詳細にしてほしい）

回答欄
2

(3) 自己評価制度の実施（シート作成依頼）時期について  
次の中から、貴事業所の御意見に最も近いものを1つ選択してください。

1. 第1四半期（4月～6月）の実施が望ましい
2. 第2四半期（7月～9月）の実施が望ましい
3. 第3四半期（10月～12月）の実施が望ましい
4. いつでもよい

回答欄
3

(4) その他、本制度に関して御意見等がございましたら、自由に記載してください。

--