別紙

令和6年度日中サービス支援型グループホームモニタリング調査実施について

グループホーム名：

グループホーム所在市町村：

回答者職氏名　：

　以下、当てはまる回答にチェックを入れてください。

１．モニタリング調査を受けることに同意しますか。

[ ] はい　　　　　　[ ] いいえ（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．モニタリング調査を受けた事業所として、県ホームページにてグループホーム名を公表してもよいか。

　　　　　[ ] はい　　　　　　[ ] いいえ（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．訪問する支援コーディネーターについて（チェックを入れてください）

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 同じ、もしくは近い圏域内に事業所を有する支援コーディネーターの訪問を希望します。 |
| [ ]  | 全く異なった圏域の支援コーディネーターの訪問を希望します。 |