サービス評価結果報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

大牟田市福祉課介護保険担当　宛て

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |

【自己評価の実施概要】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所自己評価の実施日 | 年　　月　　日 | 自己評価の実施人数 | （　　　　　）人 |

【運営推進会議における評価の実施概要】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 　　　　年　　月　　日 | 出席人数（合計） | （　　　　　）人 |
| 出席者（内訳） | □事業所職員（　　　）人　　　□地域住民の代表者（　　　）人　□市職員・包括支援センター職員（　　　）人□利用者（　　　）人　　　□利用者の家族（　　　）人□知見を有する者（　　　）人　　　　□その他（　　　）人 |

【　提出書類　】

|  |
| --- |
| 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む） |
| □**※要提出**　　自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール（別紙２の２） |
| □**※要提出**　　目標達成計画 |

※提出先　　大牟田市福祉課介護保険担当

　　　　　　〒836-0666　大牟田市有明町2丁目3番地

　　　　　　電話番号　０９４４-４１-２６８３　　FAX　０９４４-４１-２６６２