

総合事業の意向調査＜訪問介護・通所介護事業所に実施＞

事業所名	
------	--

（１）下記についてご回答ください

		既実施事業			実施希望			
		事業拡大	現状維持	事業縮小	新規実施 予定	新規 検討中	開設予定時期	希望なし
介護予防訪問 サービス (現行相当型)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>
訪問型サービス A (緩和型)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>
介護予防通所 サービス (現行相当型)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>
通所型サービス A (運動機能特化型)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>
通所型サービス A (ミニデイ型)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>
訪問型サービス D (移動支援)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>

（２）総合事業に関して、市への要望等があればご記入ください

--