

## 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"/>	年 月 <input type="checkbox"/>					
訪問型サービス A (緩和型)	<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"/>	年 月 <input type="checkbox"/>					
通所型サービス A (運動機能特化型)	<input type="checkbox"/>	年 月 <input type="checkbox"/>					
通所型サービス A (ミニデイ型)	<input type="checkbox"/>	年 月 <input type="checkbox"/>					
訪問型サービス D (移動支援)	<input type="checkbox"/>	年 月 <input type="checkbox"/>					
その他	<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**

--