

「きらり」を利用する保護者様

「きらり」の利用に関するアンケート

師走の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、平成25年10月1日に開設した小金井市児童発達支援センター「きらり」ですが、その業務内容について検証・検討を行い、さらなるサービスの向上に努めていきたいと考え、お忙しい中申し訳ございませんが、下記内容への回答をよろしくお願ひします。

記

Q1：ご利用の事業はなんですか？（一つお選びください）

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 相談支援事業 | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援事業 |
| <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス事業 | <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業 |
| <input type="checkbox"/> 外来訓練事業 | <input type="checkbox"/> 親子通園事業 |

※相談支援事業は、相談支援事業のみを利用している方のみチェックをお願いします。

Q2：提供しているサービス内容についてどう感じていますでしょうか？

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 大変満足である | <input type="checkbox"/> 満足である | <input type="checkbox"/> どちらとも言えない |
| <input type="checkbox"/> 不満である | <input type="checkbox"/> 大変不満である | |

※Q2で選んだ理由をご記入いただける方はお願いします。

Q3：運営事業者にお聞きします。市が委託をしています運営事業者についてどのように考えていますか？

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 大変満足できる | <input type="checkbox"/> 満足できる | <input type="checkbox"/> どちらかという満足している |
| <input type="checkbox"/> どちらかという不満がある | <input type="checkbox"/> 不満がある | |

※Q3で選んだ理由をご記入いただける方はお願いします。

Q4：現在利用している事業に実施してほしい療育内容、サービス等がありますか？

※ある方はご記入をお願いします。ない方は次の設問をお願いします。

Q5：自由意見（ご自由に意見要望等をご記入ください。）

以上となります。ご協力ありがとうございました。

回答終了後は、「きらり」受付または小金井市役所第二庁舎2階自立生活支援課窓口へ提出をお願いします。

問合せ先

小金井市福祉保健部自立生活支援課

担当：岡本 幸宏

TEL：042-387-9848（直通）

FAX：042-384-2524