



政府統計

平成29年社会福祉施設等調査
保護施設・老人福祉施設
身体障害者社会参加支援施設等調査票

(平成29年10月1日調査)

別紙2 A

厚生労働省

*施設番号
*調査番号

以下の項目について、印字されているものに変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正してください。
*部分は記入不要です。

法人名 (運営法人名を記入してください。)
施設名
施設所在地
施設の種類名
(1) 活動の状況

(2) 在所者数 (9月30日現在)
※入所者及び通所者の合計を記入してください。
被措置者・その他別在所者数
年齢階級別在所者数

(3) 職種・常勤・非常勤別従事者数(人) ※換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

	1 施設長		2 生活指導・相談員		3 職業・作業指導員		セラピスト		
	1のうち社会福祉士		2のうち社会福祉士		3のうち社会福祉士		4 理学療法士	5 作業療法士	6 その他の療法士
常勤専従 (換算数不要)									
常勤兼務									
常勤兼務の換算数									
非常勤									
非常勤の換算数									
	7 医師	8 保健師 看護師	9 精神保健 福祉士	10 介護職員	10のうち 介護福祉士	11 栄養士	12 調理員	13 事務員	14 その他の 職員
常勤専従 (換算数不要)									
常勤兼務									
常勤兼務の換算数									
非常勤									
非常勤の換算数									

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。

調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)
電話 (- -)
上記以外連絡先(携帯、FAX等)

ご協力ありがとうございました。