（様式2）

**発達障がい者支援専門員(スーパーバイザー)等派遣利用に関するアンケート**

　この度は、発達障がい者支援専門員(スーパーバイザー。以下｢SV｣と略します。)等派遣事業をご利用頂き誠にありがとうございます。

　本事業の質の向上のため、今回実施いたしましたSV・ペアレントメンター派遣について以下のアンケートにご協力をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣実施日 |  |
| 申込者所属・氏名 |  |
| 派遣SV・メンター氏名 |  |

◆下記の項目に関して、当てはまるものの□に✓をしてください。

1:全くそう思わない　2:そう思わない　3:普通　4:そう思う　5:大変そう思う

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | この事業の申込手順はわかりやすかったですか？ | □5 　□4 　□3 □2 　□1 |
| 2 | 窓口の対応はわかりやすかったですか？ | □5 　□4 　□3 □2 　□1 |
| 3 | 派遣されたSV(メンター含む)は目的に合ったSVでしたか？ | □5 　□4 　□3 □2 　□1 |
| 4 | 派遣されたSV(メンター含む)は話しやすい雰囲気をもっていましたか？ | □5 　□4 　□3 □2 　□1 |
| 5 | 派遣されたSV(メンター含む)は話をよく聞いてくれましたか？ | □5 　□4 　□3 □2 　□1 |
| 6 | 今回、派本事業を利用して、現在の困りや今後への不安の解消に少しでも役立ちましたか？ | □5 　□4 　□3 □2 　□1 |
| 7 | 今回、本事業を利用して発達障がいへの理解は深まりましたか？ | □5 　□4 　□3 □2 　□1 |
| 8 | 今回、派遣されたSV(メンター含む)のアドバイス等は参考になりましたか？ | □5 　□4 　□3 □2 　□1 |
| 9 | 今後も、SV・ペアレントメンター派遣を利用したいと思いますか？ | □5 　□4 　□3 □2 　□1 |
| 10 | 今後利用する際は、同じSV(メンター含む)を派遣してもらいたいですか？ | □はい　　□いいえ |

◆その他、今回の派遣で受けたアドバイスの内容、本事業やSVに対してのご要望などございましたらご自由にお書きください。

|  |
| --- |
|  |

※お手数お掛けいたしますが、利用後2週間以内に大分県発達障がい者支援センターECOALまでFAXにてご返送ください。FAX：097-513-1890