

法人名	有限会社 コスモス																																																											
事業所名	ヘルパーステーション ちゃお・ちゃお 平成 29年 7月 10日現在																																																											
住所	筑後市下北島236-5																																																											
TEL	0942-54-2312				FAX			0942-54-2312																																																				
サービス内容	※実施事業に「○」を記入してください。 <table border="1"> <tr> <td>居宅介護</td><td>重度訪問介護</td><td>同行援護</td><td>移動支援</td><td>行動援護</td></tr> <tr> <td>○</td><td>○</td><td></td><td>○</td><td></td></tr> </table>											居宅介護	重度訪問介護	同行援護	移動支援	行動援護	○	○		○																																								
居宅介護	重度訪問介護	同行援護	移動支援	行動援護																																																								
○	○		○																																																									
職員構成	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">職員数</td><td>男性</td><td>女性</td></tr> <tr> <td>1 名</td><td>4 名</td></tr> </table> ※専門職について(記載がないものは追記してください) <table border="1"> <tr> <td>看護師</td><td>介護福祉士</td><td>ヘルパー2級</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>2 名</td><td>3 名</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>											職員数	男性	女性	1 名	4 名	看護師	介護福祉士	ヘルパー2級						2 名	3 名																																		
職員数	男性	女性																																																										
	1 名	4 名																																																										
看護師	介護福祉士	ヘルパー2級																																																										
	2 名	3 名																																																										
サービス提供地域	筑後市とその周辺																																																											
サービス提供時間	8:00～18:30																																																											
サービス提供曜日	月～金(祝日を除く)																																																											
法外援護サービス																																																												
居宅介護																																																												
利用者構成	※主な対象障害に「◎」、対応可能な障害に「○」を記入してください。 <table border="1"> <tr> <td>障害種別</td><td>身体障害</td><td>知的障害</td><td>精神障害</td><td>発達障害</td><td>高次脳</td><td>重症心身</td><td>難病</td></tr> <tr> <td></td><td>◎</td><td>◎</td><td>○</td><td>◎</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> ※年齢構成は該当者があれば「○」を記入してください。 <table border="1"> <tr> <td>年齢/性別</td><td>就学前</td><td>小学</td><td>中学</td><td>高校</td><td>18～</td><td>20代</td><td>30代</td><td>40代</td><td>50代</td><td>60代</td></tr> <tr> <td>男性</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>女性</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>○</td><td></td></tr> </table> ○利用者の条件等があればお書きください 18歳以降の方は要相談											障害種別	身体障害	知的障害	精神障害	発達障害	高次脳	重症心身	難病		◎	◎	○	◎				年齢/性別	就学前	小学	中学	高校	18～	20代	30代	40代	50代	60代	男性	○	○	○	○							女性	○	○	○	○					○	
障害種別	身体障害	知的障害	精神障害	発達障害	高次脳	重症心身	難病																																																					
	◎	◎	○	◎																																																								
年齢/性別	就学前	小学	中学	高校	18～	20代	30代	40代	50代	60代																																																		
男性	○	○	○	○																																																								
女性	○	○	○	○					○																																																			
アピールポイント	児童を中心にサービス提供を行っております。 ご家庭で安心して過ごせるように生活環境や障害特性に応じたサービス提供を行っております。																																																											
重度訪問介護																																																												
利用者構成	※年齢構成は該当者があれば「○」を記入してください。 <table border="1"> <tr> <td>年齢/性別</td><td>就学前</td><td>小学</td><td>中学</td><td>高校</td><td>18～</td><td>20代</td><td>30代</td><td>40代</td><td>50代</td><td>60代</td></tr> <tr> <td>男性</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>女性</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> ○利用者の条件等があればお書きください											年齢/性別	就学前	小学	中学	高校	18～	20代	30代	40代	50代	60代	男性											女性																										
年齢/性別	就学前	小学	中学	高校	18～	20代	30代	40代	50代	60代																																																		
男性																																																												
女性																																																												

アピールポイント											
同行援護											
—未実施—											
移動支援											
利用者構成	※主な対象障害に「◎」、対応可能な障害に「○」を記入してください。										
	障害種別	身体障害	知的障害	精神障害	発達障害	高次脳	重症心身				
		◎	◎	○	◎						
	※年齢構成は該当者があれば「○」を記入してください。										
	年齢/性別	就学前	小学	中学	高校	18～	20代	30代	40代	50代	60代
	男性				○						
女性		○				○			○	○	
○利用者の条件等があればお書きください											
介護タクシー	有（ 台）・（無）			ドライバーの人数： 名							
				車両の詳細：							
アピールポイント	利用者様のニーズに応じたサービス提供を行っております。										
行動援護											
—未実施—											