

事 務 連 絡  
令和2年9月18日

指定特定相談支援事業所 管理者 様  
指定障害児相談支援事業所 管理者 様

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課長

障害児者相談支援事業における意思決定支援に係る照会について（依頼）

日頃より本市の障害保健福祉行政の推進に御協力いただき、厚く御礼申し上げます。

さて、障害児者相談支援事業における意思決定支援に係る照会について、神奈川県より依頼がございました。

つきましては、別添の「意思決定支援調査票」へご記入いただき、10月8日（木）までに下記メールアドレス宛に、御回答下さいますようお願い申し上げます。

なお、本調査の集計結果につきましては、公表が予定されていることを申し添えます。  
お手数をお掛けいたしますが、よろしくお願い申し上げます。

1 提出期限

10月8日（木）

2 提出先・提出方法

提出先 川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課

提出方法 次のメールアドレスへ「意思決定支援調査票」（事業所名を記入）をお送りください。  
yokochi-a@city.kawasaki.jp

3 備考

本依頼の対象は、本市に所在地を置くすべての相談支援事業所となります。

対象期間 平成31年4月1日～令和2年3月31日

問合せ先  
川崎市 健康福祉局  
障害計画課 横地  
電話 200-0871  
FAX 200-3932