**令和7年度 市町村発達障害者支援体制サポート事業**

**利用申込書**

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **所属機関名****（部署名含む）** |  |
| **担当者名** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職等（　　　　　　　　　　　） |
| **所在地** | 〒 |
| **連絡先** | TEL：　　　　　　　　　　　　　　 　 　FAX： 　　　 　　　　 |
| E-mail： |
| **依頼内容** | A．市町村の発達障害者支援体制整備に関する会議等への参加B．市町村の発達支援事業等へのコンサルテーション　　 \* 今までに市町村や他機関の巡回相談等を利用（　あり　・ なし　）C．新サポートノートえいぶる活用促進に向けた支援D．市町村へのペアレントプログラムの導入に向けた立ち上げ支援 |
| **依頼日時** | （　確定 ・ 未定　）　※ 未定の場合は、第 ③ 希望日までご記入下さい。1. 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分　　～　　時　　分
2. 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分　　～　　時　　分
3. 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分　　～　　時　　分
 |
| **派遣場所** |  |
| **依頼した経緯（ 趣旨 ）について** |
|  |
| **特記事項** |  |

沖縄県発達障がい者支援センター　がじゅま～る

〒904-2173　沖縄市字比屋根5-2-17（ 沖縄中部療育医療センター内に併設 ）

TEL：（０９８）９８２－２１１３　　FAX：（０９８）９８２－２１１４

E-mail：**gajyumaru@shoni.or.jp**