

令和 8 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	<p>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</p> <p>B. 市町村の発達支援事業等へのコンサルテーション</p> <p>* 今までに市町村や他機関の巡回相談等を利用 (あり ・ なし)</p> <p>C. 新サポートノートえいぶる活用促進に向けた支援</p> <p>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</p>
依頼日時	<p>(確定 ・ 未定) ※ 未定の場合は、第 ③ 希望日までご記入下さい。</p> <p>① 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分</p> <p>② 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分</p> <p>③ 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分</p>
派遣場所	
<p>依頼した経緯 (趣旨) について ※内容によってはお受けできないこともございます。</p>	
<p>【がじゅま〜る記入欄】</p>	
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