**令和5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  C．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　）  D．新サポートノートえいぶる活用促進に向けた支援 |
| **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**