

(※表紙を付けずにこのまま送信してください)

香川県発達障害者地域支援体制強化事業 支援申込書

貴 機 関 名	
担当部署名	
担当者名	
連 絡 先	(〒) 住所
	TEL. () - FAX. () -
	e-mail : @
希 望 日	① 月 日 () <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM ② 月 日 () <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM ③ 月 日 () <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM ※) 火曜日・水曜日での対応となります。お手数ですが、第3希望までご記入ください。
相 談 内 容	<input type="checkbox"/> 早期支援の取組みに対するサポート <input type="checkbox"/> 関係機関の連携や組織づくり等へのサポート <input type="checkbox"/> 関係機関に対するコンサルテーション <input type="checkbox"/> 困難ケースへの対応に関するサポート <input type="checkbox"/> 地域における支援者の人材育成についてのサポート <input type="checkbox"/> その他 内容：
備 考	※) ご質問やお問い合わせ・ご要望などございましたらご記入ください。