様式第１号（第６条関係）

発達障がい者支援専門員（スーパーバイザー等）　派遣申請書

　　　　　　　　　　　施設支援（児童発達支援センターつぼみ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

佐伯市長　　　　　　　様

申請者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

発達障がい者支援専門員（スーパーバイザー等）の派遣について以下のとおり申込みます。

 施設支援（児童発達支援センターつぼみ）

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者所属･職･氏名 |  |
| 所在地連絡先 | 住所電話番号 |
| 派遣希望日時 | 令和　　年　　月　　日　　　午前・午後　　時　　　分から午前・午後　　　時　　分まで |
| 派遣希望場所 |  |
| 支援対象児・者の状況 | 　別紙の連絡表に記入してください。 |
| 支援会議等参集予定者 |  |
| その他 | ※派遣を希望する者の氏名や対象児とこれまで関わってきた支援関係者等、特筆すべき事項をご記入ください。 |

施設支援事業連絡票

|  |  |
| --- | --- |
| 児童の療育の状況 | ・別発　・大分療育　・大分こども療育　・恵の聖母の家　・巡回相談 |
| 施設名 |  | 氏名 | ふりがな男　・　女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日現在（　　歳　　ヶ月） |
| ≪主な相談事項≫ |
| ≪日常生活の状況≫　言語・食事・排泄・運動・遊びにおいて、気になる点があれば記入して下さい。◇生活面◇精神面◇運動面◇その他 |