

岐阜県発達障害者支援センター 派遣支援申込書

平成 年 月 日

岐阜県発達障害者支援センター所長 様

下記のとおり発達障害者支援センター職員派遣を申し込みます。

所属長 _____

○希望する事業をお選びください。

研修等講師 コンサルテーション(訪問支援) その他

○希望事業に合わせて下記必要事項をご記入ください。

研修等講師	研修会名			
	研修等内容の希望			
	対象者		対象人数	
	実施希望日時	平成 年 月 日 ()	【 : ~ : 】	
	会場	会場名: 住所: 〒 電話番号:		

コンサルテーション	訪問先	訪問先名: 住所: 〒 電話番号:		
	希望支援内容			
	実施希望日時	平成 年 月 日 ()	【 : ~ : 】	

その他	希望支援内容			
-----	--------	--	--	--

○申込者情報をご記入ください。

担当者名		職名	
連絡先	機関名: 住所: 〒 電話番号: Mail:		

岐阜県発達障害者支援センターのぞみ

〒502-0854 岐阜県岐阜市鷺山向井2563-18
Tel: 058-233-5116 Fax: 058-233-5131