|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| **「発達障がい児者支援者スキルアップ事業」参加申し込み書** | | | | | |
| **施設名** |  | | | | |
| **施設種別** | （ 就労移行 / 就労継続A ・ Ｂ / 生活訓練 / 生活介護 / 障がい者支援施設 /  共同生活援助 /　放課後等デイサービス /　（児童発達支援） /　その他　:　　　　　 　　　　　　　　　　） | | | | |
| **住　所** | 〒　　　- | | | | |
|  | | （最寄り駅） | |  |
| **電話番号** | （　　　　　　　） | **ＦＡＸ** | | （　　　　　　　） | |
| **施設長名 管理者名** |  | **担当者名** | |  | |
| **職種経験年数** | |  | |
| **対象者の年齢** | 歳　　※中学生～成人の方が対象です。 | | | | |
| **コンサル**  **希望内容** | 気になる行動への対応 コミュニケーション支援の具体的助言 | | | | |
| 活動内容　　施設の環境調整　　行事への参加の手立て | | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| **事業所で第三者からのコンサルテーションを受けるのは　（　初めて　・　　　　　回目）**  （ｺﾝｻﾙﾃｰｼｮﾝ実施機関・実施時期・回数：　　　　　　　　　　　 ・　 　年 　　月頃・　　回） | | | | | |  |
| **成人期スキルアップ事業の「実践報告会」に参加したことは　（　ある　　　　年頃　・　ない）** | | | | | |  |
| **担当者が困っていること・気になっていること** | | | | | |  |
|  | | | | | |  |

**※　事前にご本人やご家族のご承諾をお願いします。**

**※　個人情報取り扱いは当該事業のための使用といたします。**

**必要事項をご記入の上、FAXまたはメールにてエルムおおさかまでご送信ください。Word形式の申し込み書をホームページに掲載しています。どうぞご利用ください。**

**締切日　２０２５年6月10日（火）**

**対象の方の詳細確認のため、６月１3日（金）までに当センターよりご連絡させていただきます。**

**ご参加の可否については、６月１8日（水）までに当センターより郵便でご連絡いたします。**

**≪送信先≫　大阪市発達障がい者支援センター　エルムおおさか**

**〒547-0026　大阪市平野区喜連西6-2-55　大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター２階**

**FAX 06-6797-6934 　　メール　　elmosaka@fukspo.org**

**問い合わせ先 TEL　06-6797-6931 　担当：佐藤 由香里**