|  |
| --- |
| 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** |  |
| **どのようなところを見てもらいたいか** |  |

**※　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**