（様式1）　　　　　　　**発達障がい者支援専門員(スーパーバイザー)等派遣申込書**

令和　　年　　月　　日

発達障がい者支援専門員・ペアレントメンターの派遣について以下のとおり申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者所属 |  | 申込者氏名 |  |
| 所在地 | 〒 | 電話番号 |  |
| FAX |  |
| 派遣希望場所 |  | 派遣希望日時 | 令和　　年　　月　　日(　　)  時　　分～　　時　　分まで |
| 派遣希望内容  (対象児・者の状態、希望の講義内容等) |  | | |
| 希望する派遣 | □発達障がい者支援専門員(SV)　□ペアレントメンター | | |

**○対象児・者が決定している場合は、下記の項目の情報提供が可能な範囲でご記入または✓をしてください。**

**対象児・者が複数いる場合は、お手数ですが申込書を人数分ご記入の上ご提出ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①対象児・者性別 |  | ③医療機関での診断 | * 有　□　無   (医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ②対象児・者年齢 | 歳　　ヶ月 | ④診断名等 |  |

⑤対象児・者の対応について、その家族と申込者が共通の認識を持っている。　(　□　有　　□　無　)

⑥乳幼児検診等の結果(　□　有　　□　無　)※この項目は、小学生以下の児童のみ記入してください。

　有　にチェックをつけた方は、下記の項目に✓してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1歳6ヶ月健診  要経過観察の有無 | □有　□無 | 3歳健診  要経過観察の有無 | □有　□無 | その他の健診  要経過観察の有無 | □有　□無 |

当てはまる下記項目の□に✓してください。（複数可)

|  |  |
| --- | --- |
| ⑦対象児・者の  特性、困り等 | □こだわり　　　□言葉の発達　　　□感覚過敏　　　□育てにくい　　　□運動発達  □多動・衝動性　　　□過集中　　　□かんしゃく　　　□暴言・暴力　　　□生活習慣  □コミュニケーション　　□学習　　□就労　　□その他(　　　　　　　　　　　　　) |
| ⑧現在利用している施設等  (訓練等の実施含む) | □保育園　　 □認定こども園　　 □幼稚園　　　□小・中学校　　　□高等学校  □大学・専門学校　　　□児童発達支援事業　　　□児童発達支援センター  □施設入所支援　　　□放課後等デイサービス　　　□生活介護  □就労継続支援(A型・B型・移行)　　　□ホームヘルプサービス  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ⑨本派遣事業以外に利用している  事業・支援等 | □保育所等訪問支援　　　□特別支援コーディネーターの派遣・助言等　　　　　　　　　　□地域療育等支援（□巡回相談　　□施設支援　　□訪問療育　　□外来保育）  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

|  |
| --- |
| 【お問い合わせ先】  大分県発達障がい者支援センターECOAL（イコール）  〒８７9－７７６１ 大分市中戸次5628番地の1  【TEL】０９７-５７８-６９５２【FAX】０９７-５７８-６９５３【E-mail】 ecoal@moeginosato.net |