

大分県発達がい児等心のネットワーク推進事業(こどもの心の訪問支援事業) 発達障がい者支援専門員(スーパーバイザー) 派遣のご案内

発達の面で気になるこどもの支援について、お悩みではないですか？

適切な相談・支援方法を理解し、支援に携わった実績を持つスーパーバイザーが、発達障がい児支援のための個別支援会議等を訪問し、幅広い視点からアドバイスします。(無料)



派遣依頼者

(保護者・施設関係者・学校関係者等)



⑦ 訪問・
専門的な助言等

発達障がい者支援専門員 (スーパーバイザー)とは

発達障がいへの理解の促進と各地域における専門的な人材養成のため、大分県発達障がい者支援センター連絡協議会が実施している「発達障がい者支援専門員養成研修(初級・中級・上級)」の全課程を修了した、発達障がいに関する専門家です。

① 申込

市町村

スーパーバイザー

④ 許可

スーパーバイザー
の所属

② 送
付
込
書

⑥ 連携

⑤ 調
派
整
遣

③ 依
協
頼
力

大分県発達障がい者支援センター「イコール」

発達障がいとは

自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障がい、学習障がい(LD)、注意欠陥多動性障がい(ADHD)その他これに類する脳機能の障がいであって、その症状が通常低年齢期において発現するものと定義されています。(発達障害者支援法第2条)

各市町村等 派遣申込窓口

市町村名	窓 口	電 話	FAX	市町村名	窓 口	電 話	FAX
大 分 市	障害福祉課	097-537-5658	097-537-1411	豊後高田市	福祉事務所福祉係	0978-22-3100(内線144)	0978-22-2640
	(健康課)中央保健センター	097-536-2517	097-532-3250		子育て・健康推進課ウェルネス推進室	0978-22-3100(内線6414)	0978-22-1211
別 府 市	障害福祉課(障害福祉係)	0977-21-1413	0977-22-1780	杵 築 市	福祉対策課障害福祉係	0977-75-1111(内線142)	0977-75-1141
	健康づくり推進課(健康係)	0977-21-1117	0977-22-2550		宇 佐 市	福祉課障害者福祉係	0978-32-1111(内線163)
中 津 市	社会福祉課障害福祉係	0979-22-1111(内線296)	0979-25-2335	豊後大野市	社会福祉課	0974-22-1001	0974-22-6653
日 田 市	社会福祉課障害福祉係	0973-22-8290	0973-22-8258	由 布 市	福祉対策課	0977-84-3111(内317)	0977-28-8610
	社会福祉課障害福祉係	0972-22-3971	0972-23-6002		国 東 市	福祉事務所障がい福祉係	0978-72-5164
佐 伯 市	健康増進課保健係	0972-23-4500	0972-23-6831	姫 島 村	住民福祉課(福祉係)	0978-87-2111	0978-87-3629
	福祉課社会・障がい福祉グループ	0972-63-1111(内線1178)	0972-63-3063	日 出 町	福祉対策課障害福祉係	0977-73-3121	0977-73-2833
臼 杵 市	保険健康課母子保健グループ	0972-63-1111(内線1141)	0972-64-0964	九 重 町	ふれあい生活課福祉グループ	0973-76-3802	0973-76-3840
	教育委員会学校教育グループ	0972-63-1111(内線3111)	0972-63-1374		玖 珠 町	福祉保健課福祉係	0973-72-1115
津久見市	福祉事務所社会福祉班	0972-82-9519	0972-82-9466				
	福祉事務所福祉係	0974-63-4811	0974-63-0988				
竹 田 市	健康増進課健康増進係	0974-63-4810	0974-64-9150	(大分県)	福祉保健部障害福祉課	097-506-2745	097-506-1740
	教育委員会学校教育課教育指導係	0974-63-4833	0974-63-2373				

お問い合わせ先: 大分県発達障がい者支援センター「イコール」

豊後大野市犬飼町久原1863番地8 TEL:097-586-8080 FAX:097-586-8181

この事業は国の発達障害者支援開発事業の一環として、大分県(福祉保健部障害福祉課)が社会福祉法人萌葱の郷に委託して実施しています。

(派遣申込様式)

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

平成 年 月 日

(市町村長)

殿

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し込みます。

記

申込者所属・職・氏名	
所在地	〒
連絡先電話番号	
派遣希望日時	平成 年 月 日 時～ 時まで
派遣する場所	
支援対象児の状況	(年齢・困っている内容など)
支援会議等参集予定者	
その他	
	※対象児とこれまで関わってきた主な支援関係者等をご記入下さい。
市町村意見記入欄	1 記入者所属 () 職・氏名 () 連絡先 () 2 派遣の要否 要 否 3 市町村関係職員と同席・同行 可 否 4 その他特記事項 ()