

大分県発達障がい者支援専門員 (スーパーバイザー)等派遣のご案内

スーパーバイザーが、保育所や事業所等を
訪問し、幅広い視点からアドバイスします！！

こんなことができます！！

研修・講演の講師
発達障がいや、関わり方について知りたい・・・
etc.

相談(個別・グループ)
親の会・保護者会で
アドバイスがほしい・・・
etc.

スーパーバイズ
本人の様子を見て、対応を
一緒に考えてほしい・・・
etc.

～ お 申 し 込 み 方 法 ～

派遣依頼者（保育園・事業所等）

①
申込み

④
報告

③
訪問・専門的な助言等

大分県発達障がい者支援センターECOAL

②
依頼

発達障がい者支援専門員（スーパーバイザー）

*裏面の「発達障がい者支援専門員等派遣申込書」にご記入の上、
下記の連絡先までFAXまたは郵送でご提出ください。

ご不明な点がございましたら、お問い合わせください

大分県発達障がい者支援センターECOAL(イコール)
〒870-0047
大分県大分市中島西1丁目4番14号市民の権利ビル202
TEL:097-513-1880 FAX:097-513-1890
E-mail:ecoal@moeginosato.net

(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(スーパーバイザー)の派遣について以下のとおり申込みます。

記

申込者所属		申込者氏名	
所在地	〒		
申込者電話番号		FAX	
派遣希望日時	令和 年 月 日 時～ 時まで		
派遣する場所			
支援対象者の状況	(困っている内容・希望の講義内容等)		
その他	(希望するSV等)		

○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欄のみご記入または当てはまる項目の□に✓をしてください。
対象児・者が複数いる場合は、お手数ですが申込用紙を人数分記載の上ご提出ください。

①対象児・者性別		②対象児・者年齢	歳	ヶ月
----------	--	----------	---	----

③派遣を希望された理由・目的(当てはまる項目の□に✓してください。複数可)

<input type="checkbox"/> こだわり	<input type="checkbox"/> 感覚過敏	<input type="checkbox"/> 運動発達	<input type="checkbox"/> かんしゃく	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> コミュニケーション
<input type="checkbox"/> 言葉の発達	<input type="checkbox"/> 育てにくい	<input type="checkbox"/> 生活習慣	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 過集中	<input type="checkbox"/> 多動・衝動性
<input type="checkbox"/> 学習	<input type="checkbox"/> その他()				

④対象児・者の状態について、その家族と申込者が共通の認識をもっている。(有・無)

⑤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載してください。

有にチェックをつけた方は、下記の項目にチェックしてください。

1歳6ヶ月健診 要経過観察の有無	有・無	3歳児健診 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
---------------------	-----	-------------------	-----	--------------------	-----

⑥現在受けている支援等の内容(当てはまる項目の□に✓してください。複数可)

<input type="checkbox"/> 認定こども園	<input type="checkbox"/> 保育園	<input type="checkbox"/> 幼稚園	<input type="checkbox"/> 小・中学校	<input type="checkbox"/> 高等学校	<input type="checkbox"/> 大学・専門学校
<input type="checkbox"/> 児童発達支援センター	<input type="checkbox"/> 児童発達支援事業	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス			
<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型・B型・移行)	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス			
<input type="checkbox"/> 生活介護	利用中の施設名 ()				
	利用中の施設名 ()				

⑦医療機関での診断・訓練等の状況 (有・無)

医療機関名	診断等	訓練等実施の場合は内容および頻度

【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)

〒870-0047 大分市中島西1-4-14市民の権利ビル202

【TEL】097-513-1880 【FAX】097-513-1890 【E-mail】ecoal@moeginosato.net