（別紙様式）機関支援申込書

**機関支援リクエストシート**

年　　 月　 　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 機関名 |  | | | |
| 機関長氏名 | （必ず機関長の確認をおとりください） | | | |
| 所在地 |  | | | |
| TEL／FAX |  | | | |
| E-mail | □研修の案内を希望する | | | |
| 担当者氏名 |  | | | |
| 【希望する機関支援の内容】　□をチェックしていただき、ご希望の内容をお書きください | | | | |
| □ 困難ケースについて  □プログラムや計画について | | | □アセスメントについて  □事例検討 | □効果的な教え方について  □その他（　　　　　　　　　　） |
| 【具体的にあればお書きください】 | | | | |
| 【希望する機関支援の方法について】　ご希望の□をチェックしてください | | | | |
| □直接観察 | ・直接観察を行って、プログラムや支援方法を一緒に考えます | | | |
| □（研修会） | ・発達障がいにかかわる研修会を一緒に行います | | | |
| □事例検討 | ・対象事例について一緒に検討し、支援方法について考えます | | | |
| □見学会 | ・他事業所の見学先をご紹介して同行します | | | |
| 【希望する機関支援の頻度や実施方法について】 | | | | |
| 実施頻度 | | 年　　　　回程度を希望 | | |
| 実施方法 | | □オンライン　　　□訪問　　　□状況に応じて選択可 | | |
| Google formの利用 | | □利用可　　→　<https://forms.gle/HrY1sZAoa2g2Bor79>  □利用不可 | | |
| 【希望する機関支援の方法について】　ご希望の□をチェックしてください | | | | |
| 【機関支援の計画】＊この欄は初回訪問時に当センターのスタッフと相談してご記入ください | | | | |
| おがる担当者 | | | | |

札幌市自閉症・発達障がい支援センターおがる　センター長　西尾　大輔

〒007-0032　北海道札幌市東区東雁来12条4丁目1-5

TEL：080-3694-1950　FAX：011-790-1604

E-mail：[sapporo-hattatsu@harunire.or.jp](mailto:sapporo-hattatsu@harunire.or.jp)

**機関支援における個人情報の取り扱いについて**

札幌市自閉症・発達障がい支援センターおがる（以下「当センター」）のスタッフは、発達障害者支援法　第十五条に基づき、職務上知ることのできた個人の秘密については守秘義務を有しております。機関支援を実施するにあたって知りえた情報については、貴事業所様を支援する範囲内で使用いたします。ただし、緊急性があるとこちらが判断した場合（例：生命の危険性がある、触法行為など）は、上記にかかわらず、法令に基づいて対応させていただくことがありますので、よろしくお願いいたします。

当センターで取得しました個人情報の保管管理につきましては、札幌市個人情報保護条例、社会福祉法人はるにれの里個人情報保護規定に基づいた取扱いとさせていただきます。貴事業所様におかれましても、個人情報の提供の際には各機関様の個人情報保護規定等のご確認をお願い申し上げます。

なお、当センターといたしましては、機関支援に際しては利用者様などの個人を特定した情報を必ずしも必要とはしません。個人を特定しない範囲にて対応させていただきますので、ご相談ください。

なにか疑義が生じた場合には、ご遠慮なく当センターへご連絡いただきたいと思います。

札幌市自閉症・発達障がい支援センター　おがる