

機関支援リクエストシート

年 月 日

機 関 名	
機関長氏名	印
所 在 地	
TEL/FAX	
E-mail	
連絡者氏名	
【希望する内容】 <input type="checkbox"/> 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 (複数回のご希望の場合は、機関長の承認を得てください)	
<input type="checkbox"/> 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 Ex.「療育のプログラムを考える」「支援方法や支援計画を考える」など
<input type="checkbox"/> (研修会)	・発達障がいにかかわる研修会を一緒に行います Ex.「発達障害って何?」「アセスメントとは」「教材づくりをしてみよう」など
<input type="checkbox"/> 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 Ex.「〇〇さんの発達障害の特性から支援を考えてみる」など
<input type="checkbox"/> 見学会	・他事業所の見学先をご紹介して同行します Ex.「他の事業所はどうしている?」「記録はどうやってつけている?」など
<input type="checkbox"/> その他	・その他のことでも一緒に考えていきたいと思っておりますのでご相談ください。

札幌自閉症・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