（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　※この項目は、小学生以下の児童のみ記入してください。【 □ 有　□ 無 】

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・移動性　□ 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（　　）

お問合せ先
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