**秋田県発達障害者支援センターふきのとう秋田**

**機関コンサルテーション申込書**

記入年月日：令和　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 所属長名 | 職名 | 氏名 |
| 担当者 | 部署 | 氏名 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 希望内容 | **〇をつけてください*** 個別ケース（対象年齢　　　歳）についての助言や情報提供
* 事例検討等への助言や情報提供
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 具体的にご記入ください。 |
| 希望時期 | 第一希望 | 月　　上旬　・　中旬　・　下旬 |
| 第二希望 | 月　　上旬　・　中旬　・　下旬 |
| 第三希望 | 月　　上旬　・　中旬　・　下旬 |
| 希望実施方法 | 来所　・　　オンライン　　・　訪問　　・　ふきのとう判断に委ねる |
| 参加予定者 | （部署名、役職、人数） |
| この事業を知ったきっかけ | ・（　　　　　　　　　）からご紹介　　・ふきのとう秋田ホームページ・研修会等に参加して　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |