

(様式1)

【記載例】施設支援相談票

様式1-③(研修講師用)

施設支援では、施設で主体的に支援が実践できるよう、子どもの強みや困り感から一緒に支援を考えます。

記入日(令和 ××年 ×月 ×日)

施設名	施設名または主催団体名称	担当者名 連絡先電話番号	△△ △△ 0857-××-××××
施設支援利用	初回・2回目以上	訪問希望日時	×月×日 ×時

研修名:「令和4年度〇〇研修会」

※テーマが決まっておられたらご記入お願い致します。

■内容

- ・研修目的
- ・内容
- ・対象
- ・開催予定日、会場
- ・受講予定人数

鳥取療育園 (担当:西尾)

〒680-0901 鳥取市江津730

電話: 0857(29)8889

FAX: 0857(29)9300

E-mail: nishiory@pref.tottori.lg.jp

