**山口県発達障害者コンサルテーション強化事業申込書**

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

**◎依頼者について**（＊お申込みに当たっては、必ず管理者の確認をお取りください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 管理者名 |  | 担当者名 |  |
| 所在地 |  | | |
| TEL |  | FAX |  |
| MAIL |  | | |

**◎希望するコンサルテーション内容（支援方法の検討、職員向け研修等）**

|  |
| --- |
|  |

**◎その他**（事前に確認しておきたいこと、伝えておきたいことなど）

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 申込先：山口県障害者支援課  ＦＡＸ：０８３－９３３－２７７９　メール： a14100@pref.yamaguchi.lg.jp |