**山口県発達障害者支援センター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）

|  |
| --- |
|  |

＜地域支援マネージャー配置箇所＞

|  |  |
| --- | --- |
| 山口県発達障害者支援センター | 担当地域（圏域） |
| 山口市吉敷下東4丁目17番１号（山口県福祉総合相談支援センター内）TEL：083-902-2680　 FAX：083-902-2682 | 山口・防府、萩圏域※統括マネージャーとして東部、西部地域を補佐 |
| 東部支所 |
| 光市岩狩3丁目1番2号社会福祉法人ひかり苑内（障害者支援施設ひかり苑内）TEL：0833-77-2000　FAX：0833-77-2043 | 岩国、柳井、周南圏域 |
| 西部支所 |
| 下関市秋根本町1丁目5番6号武永ビル202号社会福祉法人内日福祉会（相談支援事業所びれっじ内）TEL：083-249-6095　FAX：083-249-6075 | 宇部・山陽小野田、下関、長門圏域 |

|  |
| --- |
| 申込先：山口県発達障害者支援センターＦＡＸ：０８３－９０２－２６８２　メール： ypc-5012@gaea.ocn.ne.jp |