

機関支援 申込書

令和 年 月 日

長崎県発達障害者支援センター長 様

住所

機関名

希望する支援内容を、以下にチェックしてください。

 コンサルテーション

支援対象は、機関全体です。機関の職員等へ、支援方法等についての情報提供や提案をします。

 アセスメント当事者本人の状況や障害特性などの必要な情報収集や見立てを、一緒に行います。
そこから課題を整理し、手立てを依頼者へ提案します。 コーディネート

当事者本人に関わる人・機関と連携し、関係機関における支援体制を構築します。

 ファシリテーション

事業所での支援会議等において、進行や必要な連絡調整をお手伝いします。

 研修・勉強会講師機関へのコンサルテーションの一環として、機関の支援者の理解を深めます。
(※単発の講師依頼は、研修会講師派遣依頼をお願いします。) ネットワーク構築当該事業所・機関を中心に、関係機関・関係者とのネットワーク構築を図ります。
地域での情報交換会や連絡協議会の実施等、情報収集や共有、連絡調整をお手伝いします。

※所属機関で理解が得られずひとりでお悩みの方、まずはご自身で課題整理したい方

 カウンセリング

機関の職員等からの相談。依頼者から出された考えを基に、より良い対応を一緒に考えます。

機関支援に係る確認事項 (確認し、チェックしてください。)

- 将来、依頼者／機関職員が機関支援を受けることなく、自らの力で問題解決が図れるようになることを目的としています。
- 機関支援においては、依頼者／依頼機関が、その結果の責任を負うものです。
- 上記の通り、機関への支援は、クライアント（当事者本人）からの相談を直接お受けすることも、訪問してクライアントと面談をすることもありません。

<p>クライアント (当事者本人) についての情報</p>	<p>【基本情報】</p> <p>【特性】</p> <p>【依頼内容の詳細】</p> <p>【期待される結果】</p>
<p>支援を希望する 期間</p>	<p>令和 年 月 ~ 令和 年 月まで (頻度：月に 回程度/週に 回程度 → 計 回程度) ※年度を超えての申込みは、ご遠慮ください。</p>
<p>初回 希望日時</p>	<p>① 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 ② 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 ③ 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 ※業務の都合により、ご希望に添えない場合は、別日程の調整をさせていただきます。</p>

<p>連絡担当者</p>	<p>氏名： 役職等： TEL： E-mail：</p>
--------------	----------------------------------