

利用申込書

機 関 名		代表者氏名	
		担当者名	
機関住所	〒 -		
電話番号		F A X 番号	
機関コンサルテーション 希望内容	機関運営に関する コンサルテーション	<input type="checkbox"/> 心理アセスメント <input type="checkbox"/> 個別支援計画の作成 <input type="checkbox"/> 運営・活動内容への助言・指導 <input type="checkbox"/> 指導・対応方法の助言・指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	特定の支援対象者に 関するコンサルテーション	<input type="checkbox"/> 心理アセスメント <input type="checkbox"/> 個別支援計画の作成 <input type="checkbox"/> 事例検討 ※支援対象者についてお書きください ・年齢・学年（ ）歳・年生 ・性別（男・女） ・診断名（ ）	
機関コンサルテーション回数	初めて・ 回目（前回実施日 年 月 日）		
具体的な要望・希望などについてできるだけ詳しくご記入ください。			

※ご記入後に、ゆうゆうセンターまでご返送ください。

ゆうゆうセンター 〒810-0065 福岡市中央区地行浜2丁目1番6号 Tel：092-845-0040 Fax：092-845-0045
