**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。

|  |  |
| --- | --- |
| クライアント（当事者本人）についての情報 | 【基本情報】  【特性】  【依頼内容の詳細】  【期待される結果】 |
| 支援を希望する期間 | 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。 |
| 初回  希望日時 | 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。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡担当者 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職等：  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail： |