

技術支援依頼書

長崎県立こども医療福祉センター所長 様

所属機関

住所

電話

FAX

依頼者

(対象児との関係)

<支援依頼希望の方へ>

本事業は園・学校・事業所からの依頼により当センターに通院(を予定)している在籍児童の理解・対応・支援等に関し、療育・リハビリテーション担当スタッフを派遣して専門的見地から助言・アドバイスを実施するものです。依頼される場合は本書を担当スタッフか地域連携室にご提出ください。FAX送信(0957-23-2614)の場合は、対象児の氏名は未記入とし、送信後に地域連携室(0957-21-2301)にお電話の上、対象児の氏名をお知らせください。

対象児 刀がナ
氏名
年齢 歳
性別 男 女

療育・訓練機関 利用あり 機関名：
利用なし

現状・困っていること

助言、支援等依頼内容

確認事項

- ・本事業を実施するに当たり、保護者の同意は取れていますか はい いいえ
- ・当センターとの打ち合わせ、内諾は受けていますか はい(担当者名) いいえ

*こども医療福祉センター記入欄

派遣職員	
訪問予定	令和 年 月 日