

長野県発達障がい者支援センター  
(精神保健福祉センター) 所長 様

発達障がい者サポーター養成講座 実施報告書 (感染防止対策含む)

所属機関、団体名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

下記の実施報告書を提出します。

○実施年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

○実施会場 \_\_\_\_\_

○講師 \_\_\_\_\_

○参加者内訳

<input type="checkbox"/> 通常版 (90分)
<input type="checkbox"/> 短縮版 (45分)

対 象 者	参加者数	年 代 別 参 加 者 数		
		0～19 歳	20～49 歳	50 歳以上
住民	人			
地域の生活関連企業、団体等に携わる人	人			
学校関係者	人			
医療、保健、福祉等の従事者	人			
その他	人			
合計	人			

○参加者の様子について (講師の感想を含む)

感染防止対策について (該当する□に☑を入れてください)

当日、入室前に全員に対して体調確認を行った。

参加者全員に対して感染防止対策について指示をした

体調不良のものがいた (いた場合、どのような指示を行ったか⇒ \_\_\_\_\_ )

※万が一、感染者がいた場合は、保健所の指示に従うとともに、発達障がい者支援センターへ電話報告をお願いします。

※講座開催後 2 週間以内に発達障がい者支援センターにご提出下さい。【Fax : 026-266-0502】