

(様式5)

年 月 日

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 実施計画書 (感染防止対策含む)

所属機関、団体名 _____

代表者名 _____

下記の実施計画を提出しますので、発達障がい者サポーター養成講座講師の派遣をお願いします。また、県次世代サポート課にテキストの送付について依頼をお願いします。

1 実施主体	○名 称 _____ ○所在地 ※テキスト・シナリオの発送先をご記入下さい。 (〒 _____) ○本事業担当者名 _____ ○連絡先 電話 _____ / E-mail _____
2 日 程	年 月 日() 時 分～ 時 分
3 会場名	
4 受講者	○想定している受講者 { _____ } ○受講者数 ※当日受講される方の人数をなるべく正確にご記入下さい。 _____ 名
5 講 師 ※何れか該当するものに☑チェックをしてください。	<input type="checkbox"/> 日程調整済 { _____ 認定番号: _____ } <input type="checkbox"/> 希望 { _____ 認定番号: _____ } <input type="checkbox"/> 未定
6 使用 テキスト	<input type="checkbox"/> 通常版 (90分) <input type="checkbox"/> 短縮版 (45分)
7 開催経費	○講師への交通費 上限 _____ 円

感染防止対策について以下同意します (同意する項目に☑チェックをしてください)

- 最新の新型コロナウイルス感染症に関する情報を収集し、適宜中止ないし延期の判断をします。
- 「長野県発達障がい者サポーター養成講座 感染防止に関する7つのお願い」を読み、理解したうえで当日までの感染防止対策を計画・実行します。

※計画書を提出後、発達障がい者支援センターに電話をして下さい。【電話：026-266-0280】