

注1：講師の調整が必要な場合は、2ヵ月前までに申請
 注2：講師と日程の調整ができていない場合は、2週間前までに申請
 ※講師の調整がつかない場合、日程の変更等の検討をしていただく
 こともあります。

(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

市町村の他、発達障がい者サポーター養成の趣
 旨に賛同する機関・団体・地区組織・企業・グル
 ープ等の方※一般の方もグループで申請可能

発達障がい者サポーター養成講座 実施計画書 (感染予防対策含)

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へテキスト送付を依頼してください。

1 実施主体	○団体名 _____ ○担当者名 _____ ○連絡先 電話 _____ / E-mail _____
2 テキスト ・シナリオ 発送先	○住所 〒 _____ (発送先が1実施主体と同じ場合、以下は記入不要) ○施設名称 _____ ○受取人名 _____ ○連絡先 電話 _____
3 開催日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
4 会 場	_____
5 受講者	○想定している受講者数 _____ 名 ※正確にご記入下さい。 ○受講者数 _____ 名 ※正確にご記入下さい。
6 講 師	○希望 [_____ 認定番号: _____] □未定 ※何れか該当するものに☑チェックをしてください
7 使用テキスト	☐通常版 (90分) □短縮版 (45分)
8 開催経費	○講師への交通費 _____ 円

感染予防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 感染予防対策に関するお願い」を読み、理解したうえで当日までの感染予防対策を計画・実行します。必ずチェックを入れ提出してください。