

(様式2)

令和 年 月 日

長野県発達障がい情報・支援センター所長 様

機関・団体名 _____

代表者名 _____

担当者名 _____

ペアレント・メンターの派遣について (依頼)

下記のとおり (行事名) を実施しますので、ペアレント・メンターの派遣をお願いします。

機関・団体 (該当に○)	行政機関 ()、教育機関 ()、医療機関 () 児童発達支援事業所、児童福祉施設、障がい者支援施設 () 発達障がいのある子どもの親の会 () その他 (具体的に: _____)
行事名	
日 程	令和 年 月 日 時～ 時
会 場	
人 数	人
発達障がいのある 子どもの状況 (該当に○、複数可)	発達障がいの診断を受けた子どもの親 () 未診断 (発達障がいの可能性がある) の子どもの親 () その他 (: 具体的に _____)
発達障がいのある 子どもの年齢 (該当に○、複数可)	0～3歳 ()、4歳～就学前 ()、小学生 () 中学生 ()、高校生 ()、18歳～39歳 () 40歳以上 ()
ペアレント・メンター に期待する活動 (該当に○、複数可)	参加者の体験や悩みを家族の立場から傾聴する () ペアレント・メンター自身の体験の紹介 () 地域の相談機関等の紹介 () 親が利用しやすい支援ツールの紹介、記入の補助 () 発達障がい者サポーター養成講座の開催推進 ()
その他 (特に要望する点)	