

(様式5)

年 月 日

長野県発達障がい情報・支援センター所長 様

発達障がい者サポーター養成講座 実施計画書

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	令和 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

※計画書を提出後、長野県発達障がい情報・支援センターに電話をお願いいたします。

【電話番号：0263-37-2725】