令和　　年　　月　　日

福井県ペアレントメンター事務局

（福井県発達障がい児者支援センター）

機関・団体名

所在地

代表者名

担当者名

連絡先（電話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（FAX）

ペアレントメンターの派遣について（依頼）

下記により、ペアレントメンターの派遣をお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 行事名 |  |
| 派遣日時 | 令和　　年　　月　　日（　）　　　：　　　～　　　： |
| 会場 |  |
| 参加者数 | 人 |
| 発達障がいのある子どもの年齢  （複数選択可） | □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 |
| 活動内容 | □面談  □会の司会進行  □講演会  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ペアレントメンターの必要人数 | ＊相談会等の場合は２人１組となります。  　　　　人 |
| その他 |  |

以上