（様式１）

　　年　　月　　日

青森県健康福祉部障害福祉課長　殿

名　　　　称

代表者職氏名

　青森県医療的ケア児等圏域アドバイザー相談申込書

青森県医療的ケア児等圏域アドバイザーへの相談を下記のとおり申し込みます。

１　申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| E-Mail |  |
| 役職・氏名 |  |

２　相談内容

|  |  |
| --- | --- |
| 相談内容（該当する主な項目１つに☑） | □コーディネーター（相談支援専門員等）への支援・助言  □圏域内のネットワークづくり  □災害対策に関する支援  □個別ケース（児童・家族）への支援  □その他（内容を記載　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談内容の詳細 |  |
| 対応希望日 |  |
| 対応希望時間 |  |
| 対応方法 | □現地対応  （訪問先所在地）  □オンライン |