(様式２）

　　　　　年　　月　　日

　岡山県子ども・福祉部障害福祉課長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

医療的ケア児等短期入所サービス専門家派遣実績報告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 派遣日時等 | 日 時 |  |
| 場 所 |  |
| 派遣専門家 | 氏　　名 |  |
| 所属及び  役職・職種 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 研修テーマ等 | テーマ  及び内容 |  |
| 対象者  及び人数 |  |
| 研修又は助言指導を受けての感想及び今後への生かし方 | |  |
| 担当者連絡先 | 担当者  職名・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メール  アドレス |  |