(様式１）

　　　　　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依頼書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 派遣日時等 | 日 時 |   |
| 場 所 |  |
| 派遣希望専門家 | 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 |  |
| 区分（該当するものに○を付けてください。） | １　医療型短期入所事業所２　医療型短期入所事業所の開設を検討中３　福祉型短期入所事業所として医療的ケア児等の新規受入又は受入拡大を検討中 |
| 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 |  |