千葉県障害者虐待防止アドバイザー派遣の事前協議書

　　　　年　　　月　　日

千葉県障害福祉事業課虐待防止対策班　御中

協議者　住 所

名 称

代表者氏名

※担当者氏名：

電話：

電子メール：

　千葉県障害者虐待防止アドバイザー派遣事業実施要綱第４条の規定による派遣申請にあたり、次のとおり事前協議を申し出ます。

１．希望日時：　　　　　年　　月　　日（　）　　　　時　　　分　～　　　時　　　分

２．会場：

３．希望助言：

４．希望講師：　　　希望無し　　　／　希望あり（希望講師指名：　　　　　　　）

５．チェック項目

□市町村による障害者虐待と判断された法人・事業所であるか。

　　　　※虐待と判断された場合：援護市町村名（　　　　　　）

□小規模事業所を含めた複数の法人が集まり、情報交換ができる場であるか。

* 留意事項

・協議内容により、派遣できない可能性がありますので、ご了承ください。

・事前協議の内容を踏まえ、講師と内容等の調整を依頼することがありますが、**決定通知が送付**

**されるまで派遣は決定されておりません**。

　・当課から申請書（様式１）の提出を求められた場合は、速やかに提出してください。

　・アドバイザーへの報償費・旅費のみ千葉県が負担します。

（会場・資料印刷代等の諸経費については、一切負担いたしません。）

提出方法（※提出した際、千葉県障害福祉事業課 虐待防止対策班へご連絡ください。）

<Tel:043-223-3982> Fax：043-222-4133　 or　　Mail：sgyakutai@pref.chiba.lg.jp