

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