

(様式2)

千葉県障害者虐待防止アドバイザー派遣結果報告書

令和 年 月 日

千葉県健康福祉部障害福祉事業課長 様

申請者住所 〒

申請者名称

代表者氏名

担当者氏名

電話：

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6条の規定により、次のとおりアドバイザー派遣結果を報告します。

実施事業	<input type="checkbox"/> 市町村における虐待事案対応についての分析・検討や体制整備 <input type="checkbox"/> 施設等における虐待防止策の検討や体制整備 <input type="checkbox"/> その他 () ※研修の場合：受講者 (名)
実施日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
アドバイザー氏名	
実施場所	
助言等の内容	
申請者における今後の課題等	
上記報告書のとおり相違ないことを確認しました。 アドバイザー氏名 _____	
備考欄	

(注) 本報告書は、派遣を受けたアドバイザーごとに作成し、アドバイザーの確認を受けた上で県に提出してください。