

(様式1)

## 千葉県障害者虐待防止アドバイザー派遣申請書

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：

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条の規定により、次のとおりアドバイザーの派遣を申請します。

日 時	令和 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで
場 所	
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：受講予定者 _____ ( 名 )
希望する助言等の内容 (具体的に記載してください)	

(注) 指定の場所までの交通アクセス地図等を必ず添付してください。