

(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 ( )<br>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<br><input type="checkbox"/> 施設等における虐待防止策の検討や体制整備<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※研修の場合：受講予定者 ( 名) |
| 希望する助言等の内容<br>(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。