

## 福井県難聴児支援体制指導員派遣事業申込書

社会福祉法人 光道園

こども支援センターえがお 管理者 殿

難聴児支援についての理解を深め、療育実施ができるようになるため、福井県難聴児支援指導員派遣事業を申し込みます。

派遣申込機関名	事業所名			
	担当者			
	連絡先	住所	〒	
		電話		
		fax		
mail				
相談内容	該当する項目を選択してください。（複数選択可）			
	<input type="checkbox"/> 難聴児への支援方法			
	<input type="checkbox"/> 難聴児の保護者とのかかわり方			
	<input type="checkbox"/> 難聴に関する知識の習得			
	<input type="checkbox"/> その他			
	* 上記項目の相談内容について、希望する指導・助言等の内容を記入してください。			

【チェック欄】

□上記のとおり指導等を受けることについて、支援対象の児童の保護者より同意を得ています。（個人情報の取り扱い等の観点から必要です）

同意日： 令和 年 月 日