様式４号

**豊田市強度行動障がい専門支援員派遣事業（訪問型研修）派遣報告書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 受付番号 | NO. | | | | 作成日 | | 令和　　　年　　月　　日 |
| 事業所名  （学校・病院名） |  | | | | |
| 研修会場 |  | 受講者数 | | 人 | |
| 実施日 | 年　　月　　日 | 時　間 | | ：　　～　　： | |
| 研修内容・実施内容 | | | | | |
|  | | | | | |
| 質疑・相談等 | | | | | |
|  | | | | | |
| 研修の改善点等 | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 個別支援申請について：　　申請予定　・　申請中 ・　予定なし | | |
| 担当専門支援員名 |  | 個別支援受付番号  　　　　　　　NO. |