様式３号

**豊田市強度行動障がい専門支援員派遣事業（訪問型個別支援）実施計画書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 受付番号 | NO. | | | | 作成日 | 令和　　　年　　月　　日 |
| 事業所名  （学校・病院名） |  | | | |
| 派遣実施予定日 | 訪問予定者  （WEB or 現地） | 研修内容 | | |
| 年　 月　 日 |  |  | | |
| WEB ・　現地 |
| 年　 月　 日 |  |  | | |
| WEB ・　現地 |
| 年　 月　 日 |  |  | | |
| WEB ・　現地 |
| 年　 月　 日 |  |  | | |
| WEB ・　現地 |
| 年　 月　 日 |  |  | | |
| WEB ・　現地 |
| 相談内容（現在の事業所での取り組み、対応状況）に対する研修方針 | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当専門支援員名 |  |