様式５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）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） |  | | | | |
| 研修場所 |  | 研修回数 | | 回目 | |
| 実施日時 | 年　　月　　　日　　　　：　　　～　　　： | | | | |
| 研修内容、事業所（支援者）の支援力の変化など | | | | | |
|  | | | | | |
| 質疑・相談等 | | | | | |
|  | | | | | |
| 次回以降の実施計画変更点、研修の改善点等 | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 今後の研修について： 　　研修完了　・ 　研修継続　　・　　研修中断 | |
| 次回研修日※研修継続の場合のみ　　　　　　年　　　　　月　　　　日 | |
| 担当専門支援員 |  |