

平成 年 第 月 号 日

厚生労働大臣 殿

( 施設代表者 )

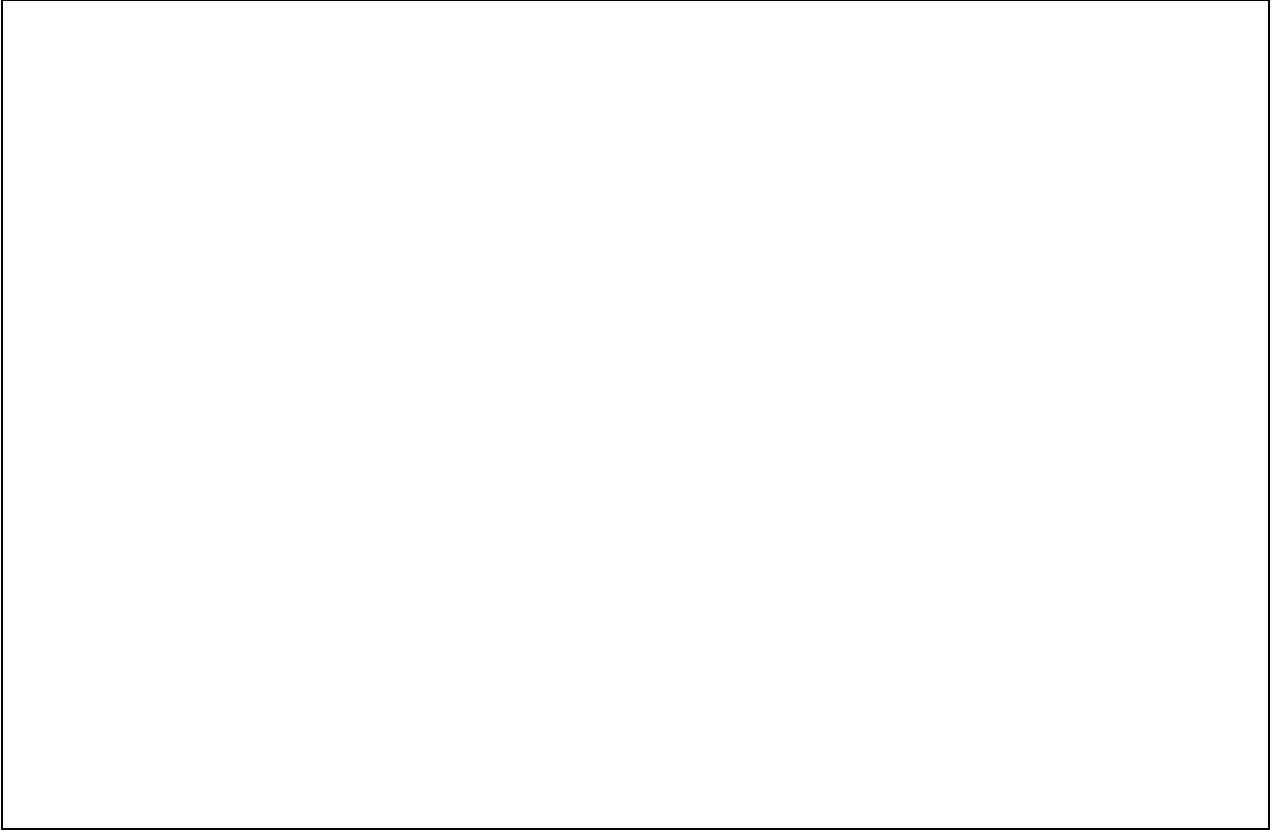
発達障害者支援者実地研修事業実施協議書

平成 25 年度衛生関係指導者養成等委託費（発達障害者支援者実地研修事業）を実施したいので次のとおり事業計画書を提出する。

- 1. 研修テーマ : \_\_\_\_\_
- 2. 当該年度の計画経費 : 金 \_\_\_\_\_ 円也
- 3. 当該年度の研修事業予定期間 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 4. 施設名称等

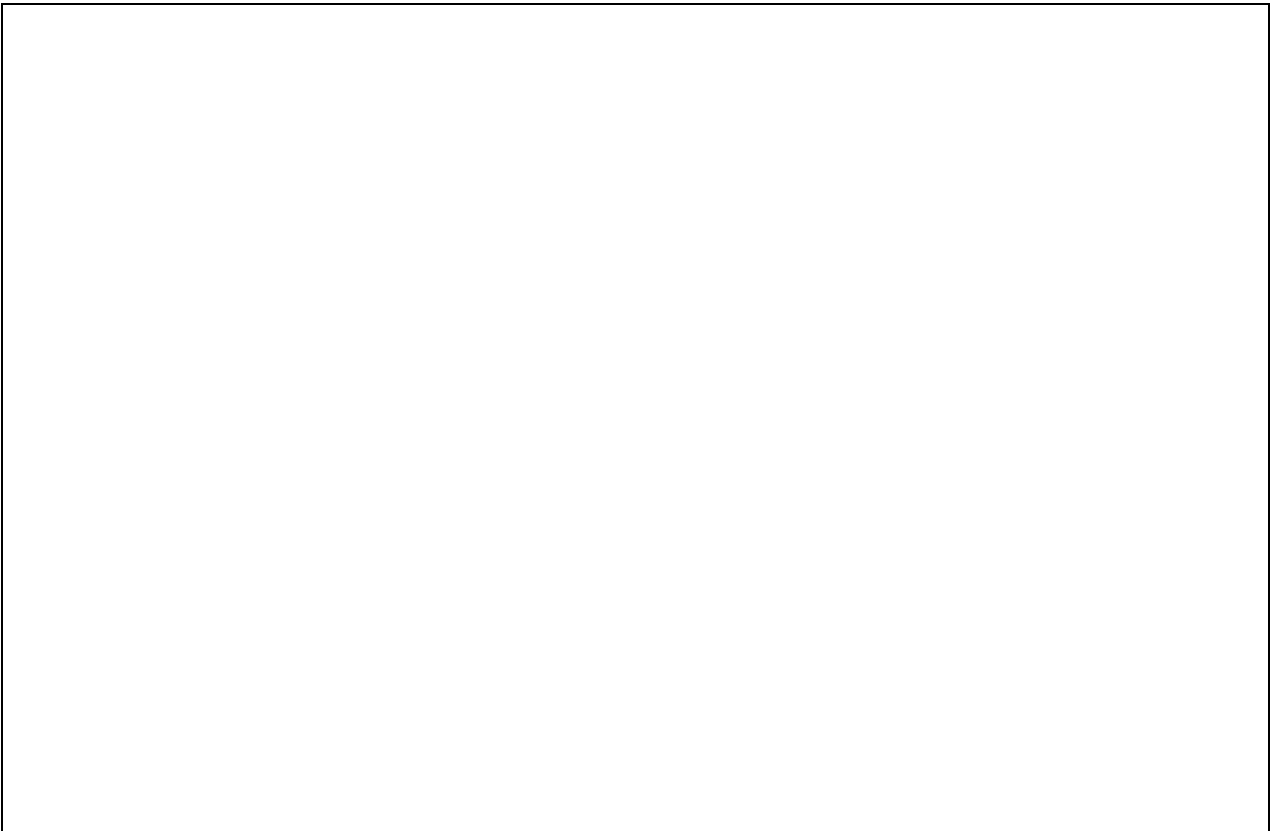
施設名	
代表者氏名	
郵便番号・所在地	
電話番号	
F A X 番号	
施設種類	
設置主体	
経営主体	
開設日	
施設定員	
施設設備（居室等概要）	
併設施設	

5. 施設概要、特徴等



※施設の見取り図を添付すること。

6. 法人（施設）活動の基本理念



7. 発達障害児（者）支援を行う場合に重視していること

8. 研修プログラム（研修内容）

※研修プログラム（研修内容）の詳細を記載すること。

## 9. 研修スケジュール

--

※研修生募集や研修スケジュールの詳細を記載すること。

## 10. 実施方法

### (1) 実施体制

--

### (2) 講義・事例検討（レポート評価を含む。）を行う講師

氏名	所属	職種	専門分野	指導歴や指導実績

(3) 実習を担当する指導者

氏名	所属	職種	専門分野	指導歴や指導実績

(4) 研修全体のコーディネーター

氏名	所属	職種	専門分野	指導歴や指導実績

11. 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）第18条第1項の規定により補助金等の返還を命じられた過去の事業

(単位：円)

年度	研究開発事業名	課題名	補助額	返還額・返還年度	返還理由	所管省庁等

※平成16年度以降に補助金等の返還を命じられたことがあれば、直近年度から順に記入すること。

※手書きの場合は、楷書体で記入すること。

※日本工業規格A列4番の用紙を用いること。各項目の記入量に応じて、適宜、欄を引き伸ばして差し支えない。