

ペアレントメンター派遣申込書

年 月 日

依頼機関名	
担当者名	
連絡先	住所：〒 TEL： FAX： MAIL：
対象者の概要	(例：親子教室保護者 保健所フォロー児の保護者 通園施設の保護者等) ・ (子どもの年齢： 歳 ～ 歳)
対象者人数および 派遣希望メンター数	・対象者 人 ・希望メンター数 人 ※メンター人数はご希望に添えない場合があります。ご了承下さい
依頼内容	(例：保護者勉強会後のグループ相談 茶話会への同席 講師活動等) ・
希望日時 (設定には十分な余裕をお願いします)	※ご希望に添えない場合は調整をお願いすることもあります。ご了承下さい。 ・第1希望： 年 月 日 () : ~ : ・第2希望： 年 月 日 () : ~ : ・第3希望： 年 月 日 () : ~ :
開催場所	名称： 住所：
メンター派遣依頼は (どちらかに○を付けて下さい)	・今回が初めて ・過去にも利用したことがある () 回目

<送付先> 和歌山県発達障害者支援センターポラリス、もしくは和歌山県障害福祉課へ
お申込み下さい。 ※メールでお申込みの場合には必ず電話でご連絡下さい。

○和歌山県発達障害者支援センターポラリス

〒640-8273 和歌山市葵町 3-25 TEL：073-413-3200 FAX：073-413-3020
MAIL：polaris@jtw.zaq.ne.jp

○和歌山県障害福祉課自立支援班 ペアレントメンター担当

〒640-8585 和歌山市小松原通 1-1 TEL：073-441-2533 FAX：073-432-5567
MAIL：e0404003@pref.wakayama.lg.jp