

令和 年 月 日

令和2年度重症心身障がい・発達障がい支援者育成業務実施希望届

岩手県知事 達増 拓也 様

所 在 地 :

団 体 (法 人 等) 名 :

代 表 者 職 ・ 氏 名 :

印

このことについて、「令和2年度重症心身障がい・発達障がい支援者育成業務仕様書」に基づく業務を受託したいので、下記のとおり本団体（法人等）で実施する業務概要を届け出ます。

また、「令和2年度重症心身障がい・発達障がい支援者育成業務応募要領」1に基づく資格要件のいずれにも適合することを誓約します。

記

1 団体（法人等）名

2 代表者名

3 主な業務内容

(1) 研修内容

- ア 看護職員等向け研修（重症心身障がい）
- イ 相談員等向け研修（発達障がい）
- ウ フォローアップ研修

(2) 実施内容

- ア カリキュラムの策定
- イ 講師の人選、手配
- ウ 開催地の決定、会場の調整
- エ 受講者の募集
- オ 研修資料の取りまとめ、必要な機材等の手配
- カ 研修の当日対応、記録、受講者アンケート実施
- キ 受講者へのフォローアップ

※ 団体等に関する調書、団体（法人等）の業務概要（事業実績が分かるもの）及び直近の決算書及び予算書を添付のこと。

団体等に関する調査

団体（法人）等の名称・所在地	名称： 〒 TEL FAX
代表者職・氏名	
団体（法人）等の設立年月	年 月
県の委託事業への応募制限	<p>（契約不履行等の不祥事の発生により、県から委託契約に係る応募制限を受けた場合は、その期間を記入すること）</p> <p>有（応募制限期間： 年 月 日から 年 月 日まで）</p> <p>無</p>
資格要件の確認項目	<p>1 県内の医療機関、障がい福祉関係機関等とのネットワークを有することの説明</p> <p>2 県立療育センター及び岩手県発達障がい者支援センターと連携した重症心身障がい児・者への支援実績及び発達障がい児・者への支援実績があることの説明</p> <p>(1) 重症心身障がい</p> <p>(2) 発達障がい</p>