

コンサルテーション事業（@大阪）

- ◆施設・学校等の要請に基づき、自閉症 e サービス認定コンサルタントを派遣します。
- ◆対象者の行動障害への対応や現場スタッフ研修、組織運営のアドバイスなど、さまざまな相談に応じます。評価セッションをおこなう場合は、実地でサポートします。

FAX 06-4305-3158

～FAX/郵送の場合は切らずにそのまま送付してください～

お名前（フリガナ）	2018年度年間パス <input type="checkbox"/> @大阪 <input type="checkbox"/> 他（ ）
	<input type="checkbox"/> あり〔 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 3人 <input type="checkbox"/> 団体〕 パスナンバー〔 - 〕 <input type="checkbox"/> なし （ 歳）
●ご所属先 <input type="checkbox"/>支援者 <input type="checkbox"/>家族・当事者 <input type="checkbox"/>その他	
●ご連絡先住所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場（職場名： ） 〒 TEL: FAX: e-mail: (<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> パソコン)	
●コンサルテーション先の名称、申込み理由、希望する時期など（別添で添付可）	