**平成３０年度グループホーム相談会**

締切１月１５日（火）

**参加申込書**

申込先　　愛知県健康福祉部障害福祉課　相談支援グループ　担当：大原

申込方法　ＦＡＸ　または　メール

ＦＡＸ　　０５２－９５４－６９２０

メール　　eiji\_oohara@pref.aichi.lg.jp

申込みが定員を超えた場合は、**新規開設希望の方、早期に開設が見込まれる方を優先させていただくとともに、地域性等を考慮して参加の可否を決定**させていただきますので御了承ください。

|  |  |
| --- | --- |
| **出席者名** | **（フリガナ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****※原則、一人につき、一枚の申込書によりお申し込みください。** |
| **所属****(法人・****事業所名等)** |  |
| **所在地** | **〒　　　　　　―** |
| **電話** | （　　　　　）　　　　　― | **FAX** | （　　　　　）　　　　　― |
| **メール** |  |
| **希望の部** | **午前の部　　　・　　　午後の部　　　・　　　どちらでも** |
| **相談事項** | **①職員シフト　　　　②資金・収支計画　　　　　③入居者の募集方法****④世話人の募集方法　　⑤指定・人員基準、報酬算定　　　⑥人材育成****⑦その他(**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**)** |
| **新規・増設** | **新規で開設予定　・　既に運営しているが増設を予定　・　予定なし** |
| **開設・増設****予定時期** | **平成３０年度　・　平成３１年度　・　平成３２年度以降　・　未定　・　予定なし** |
| **対応****障害種別** | **身体障害　・　知的障害　・　精神障害　・　その他(　　　　　　　　　　　)** |
| **備考** | ※車椅子等の配慮が必要な場合は、こちらに記載してください。 |

**○受講の可否については、１月１７日（木）を目途に、FAXまたはメールにより御連絡します。**

**○参加証が届いた方は１月３０日（水）までに別添「相談票」を郵送又はメールで提出してください。**

**相談票　締切　１月３０日**（水）

提出先　　愛知県健康福祉部障害福祉課　相談支援グループ　大原

提出方法　郵送　または　メール【アドレスは上記のとおり】

郵送先　　〒460-8501（専用郵便番号。所在地記載不要）

名古屋市中区三の丸３丁目１番２号