

## 岡山県発達障害者支援キーパーソン登録申込書

年 月 日

岡山県障害福祉課長 殿

次のとおり岡山県発達障害者支援キーパーソンとして登録したいので申し込みます。

以下の項目に記入の上、郵送、FAX、メール又は直接ご提出ください。

■ 申込者氏名

■ 氏名ひらがな

■ 支援分野（職種等）

(例) 医師（精神科）

■ 支援分野の詳細（所属団体や職場など）

(例) ○○クリニック

■ 登録を希望するキーパーソンの種類（どちらか1つに✓を記入してください。）

キーパーソン（実践者）     キーパーソン（アドバイザー）

■ 現在行っている支援内容

■ 自宅住所

〒

■ 勤務先住所

〒

■ 活動の本拠地はどちらですか？（どちらか1つに✓を記入してください。）

自宅     勤務地

■ 連絡方法（希望するものに✓をご記入ください。）

E-mail     携帯電話     FAX     自宅電話

■ E-mailアドレス、電話番号等

\* メールアドレス等は県や県発達障害者支援センターからのお知らせ・連絡用として利用します。

■ 県発達障害者支援センター並びに市町村への登録情報の提供に同意いただけますか？

同意する     同意しない

（どちらか1つに✓をご記入ください。）

\* 県発達障害者支援センターには、すべての登録情報を提供します。

\* 活動の本拠地の市町村には、氏名及び支援分野のみ情報提供します。