（様式２）

平成　　年　　月　　日

新潟市長　様
（新潟市発達障がい支援センター）

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
機関・団体名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
代表者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
連絡先　電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ＦＡＸ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ペアレントメンターの派遣について（依頼）

下記により，ペアレントメンターの派遣をお願いします。

記

行　事　名	
派 遣 日 時	年　月　日（　）　時　分～　時　分
会　　場	（所在地　　）
発達障がいのある子どもの保護者の人数	人
発達障がいのある子どもの年齢（該当に〇、複数可）	０～３歳　・　４歳～就学前　・　小学生　・　中学生 高校生　・　１８歳～３９歳　・　４０歳以上
ペアレントメンターに期待する活動（該当に〇、複数可）	・　参加者の体験や悩みの傾聴 ・　ペアレントメンター自身の体験の紹介 ・　地域の相談機関等の紹介 ・　親が利用しやすい支援ツールの紹介
ペアレントメンターの必要人数	人
そ　の　他	