送り先FAX　**０２４－９２４－７２０２**　　　　　　　　　整理番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※事務局にて記入

福島県社会福祉士会事務局行き　　　　　　　　申込日　　　　年　　　月　　　日

福島県障がい者虐待対応専門職チーム派遣要請申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 要請内容 | （　　）個別ケース会議出席　　　・　　　　（　　　）研修会・講演会 | | | |
| 開催日時 | 年　　　月　　日（　　　曜日）　　　時～　　　時／　（　　）要相談 | | | |
| 担当者 | 氏　　名 |  | | |
| 所属・職種 |  | | |
| 電　　話 |  | FAX |  |

【　相談内容　】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 虐待事例の概要（差し支えのない程度でご記入ください。） | 被虐待者 | 男・女・  その他 | 年齢 | 代 | 身体障害、知的障害、精神障害、発達障害、  その他心身機能に障害がある人（　　　　　　） | |
| 虐待者 | 男・女・  その他 | 年齢 | 代 | 被虐待者との続柄 |  |
| 虐待の種類 | 身体的・介護放棄・心理的・性的・経済的・セルフネグレクト・不明 | | | | |
| 虐待の状況 |  | | | | |
| 支援の状況 |  | | | | |
| 相談したい内容（今回の個別ケース会議の開催目的など） |  | | | | |
| その他 | 研修会・講演会などの場合 | （ご希望の内容等についてお書きください） | | | | |

**回答希望年月日：　　　月　　　日までに回答を希望します。**