

## 障害者相談員 業務報告書 【相 談】

期間：平成 年 月 日

氏名：

	相談方法	障害種別	内 容
	該当するものに☑を入れてください。		
1	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 難	
2	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 難	
3	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 難	
4	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 難	
5	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 難	
6	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 難	
7	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 難	
8	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 難	
9	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 難	
10	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 難	

※障害種別：「身→身体障害」「知→知的障害」「精→精神障害」「高→高次脳機能障害」「難→難病等」

障害者相談員 業務報告書 【会議・研修等への参加】

期間：平成 年 月 日

氏名：

	会議・研修会等の名称	内 容	学んだこと、発言や意見したこと、その他感想
1	開催日:平成 年 月 日		
2	開催日:平成 年 月 日		
3	開催日:平成 年 月 日		
4	開催日:平成 年 月 日		
5	開催日:平成 年 月 日		

※業務報告の対象となる「会議・研修等」とは、宮城県または仙台市が実施する研修会やセミナー等、もしくは障害福祉関連の団体等が実施する会議や勉強会、その他地域における行事等で障害福祉に関する活動を実施したものに限りです