（別紙様式１）※添書は不要ですので、本票のみ送信してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送信先宮城県精神保健福祉センター（相談診療・デイケア班）宛メールseihoss@pref.miyagi.lg.jp | 件名令和7年度市町村等ひきこもり支援体制整備支援事業について | 発信者令和　 年 月 日 |

**市町村等ひきこもり支援体制整備事業の利用を希望します。**

所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス：

|  |
| --- |
| 1 支援を希望する内容に☑を付けてください。（複数選択可） |
| **（１） 個別ケースの相談支援に対する助言・支援**　　□　個別ケースの相談支援に対する助言・支援□　ケア会議等における助言 　※ 現時点で、ケース支援相談会での相談を（　希望する / 検討中 / 希望しない　） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　↑〇をつけてください**（２）ひきこもり支援体制整備に対する助言・支援**□　家族会・当事者会・居場所支援等の事業等の立ち上げや運営に関する助言・支援□　相談支援技術の向上や支援体制整備を目的とした支援者向けのひきこもり支援に関する研修会の企画・実施に関する助言・支援□　家族会や研修会等において、ひきこもり経験等を話せる当事者や家族の派遣・調整（３）その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ２　どのような支援を希望するのか、具体的な内容を記載してください。 |
|  |
| ３　希望日時（第３希望日程度まで記載してください。） |
|  |
| ４　実施場所 |
|  |
| ５　その他（上記以外に特記事項等あれば記載ください。） |
|  |

（別紙様式２）※添書は不要ですので、本票のみ送信してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送信先宮城県精神保健福祉センター（相談診療・デイケア班）宛メールseihoss@pref.miyagi.lg.jp | 件名令和7年度市町村等ひきこもり支援体制整備支援事業について（ひきこもり家族会見学） | 発信者令和　 年 月 日 |

**市町村等ひきこもり支援体制整備事業（ひきこもり家族会見学）の利用を希望します。**

所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先担当者：

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス：

|  |
| --- |
| 【ひきこもり家族会見学】　家族会の一連の流れや家族会運営の全体像を理解していただくために見学を実施します。下記の日程のうちいずれかにお申込みください。※１回につき最大３名の見学となります。申込者多数の場合は、調整の上参加者を決定させていただきますのでご了承ください。第1回：　６月２５日（水）　申し込み締め切り：　６月１８日（水）第２回：　８月　６日（水）　申し込み締め切り：　７月３０日（水）第３回：１０月　８日（水）　申し込み締め切り：１０月　１日（水）　　※開催場所は宮城県精神保健福祉センター(大崎市古川旭5-7-20)となります。※当日スケジュール　　　　13：00～15：00　家族会見学　　　　　見学後に、アンケートの記入をお願いします。 |

下記に参加希望者と申し込み理由について記載ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望する回 | 参加者氏名 | 所属 | 職種 | ひきこもり支援の有無 |
| 第　　回 |  |  |  |  |

〇本事業に申し込んだ理由について、あてはまるものに☑を付けてください。（複数回答可）

□ 家族会立ち上げの参考にしたいから

□ 家族会の具体的な内容を知りたいから

□ ケースに紹介するために事前に見ておきたいから

□ 家族会の運営がどのように行われているか知りたいから

□ 当事者家族の話を聞いてみたいから

□ 支援者の家族支援の考え方を知りたいから

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）