

様式第1号（第3条関係）

講習会修了者台帳

受講番号	受講日	氏名	登録を希望する UDアドバイザー 一種別	高齢者等又は専 門（資格）の区 分	活動可能地域

UDアドバイザー（利用者アドバイザー）登録申請書

年 月 日

鳥取県知事 様

申請者

登録番号（登録の更新に限る。）

UDアドバイザー登録派遣制度要綱第5条第1項の規定により利用者アドバイザー登録の（新規・更新）を申請します。

ふりがな 氏名	
生年月日	年 月 日（満 歳）※この欄の記入は高齢者に限る。
住所	郵便番号
連絡先	電話番号 電子メールアドレス @
利用者の区分	高齢者・障がい者（視覚・聴覚・肢体不自由・内部）・子育て経験者
講習会受講日	年 月 日
活動可能地域	<input type="checkbox"/> 県内全域 <input type="checkbox"/> 県内一部地域（ ）
所属団体	名称 代表者名 住所 連絡先
勤務先	名称 代表者名 住所 連絡先
その他特記事項	・点検及び助言の際の介助員の同行等（必要・不要） ・その他（ ）

添付書類

- 1 要綱第3条に規定する講習会の受講修了証の写し
- 2 障がい者手帳の写し（障がい者の場合に限る。）
- 3 謝金及び旅費に係る振込口座の名義（カタカナに限る。）並びに口座番号が分かる書類

様式第3号（第5条関係）

UDアドバイザー（専門家アドバイザー）登録申請書

年 月 日

鳥取県知事 様

申請者

登録番号（登録の更新に限る。）

UDアドバイザー登録派遣制度要綱第5条第2項の規定により利用者アドバイザー登録の（新規・更新）を申請します。

ふりがな 氏名		
住所	郵便番号	
連絡先	電話番号 電子メールアドレス @	
専門の区分	建築 ・ 福祉 ・ 保育	
保有する資格	資格等の名称	登録の年月日・番号等
講習会受講日	年 月 日	
活動可能地域	<input type="checkbox"/> 県内全域 <input type="checkbox"/> 県内一部地域（ ）	
所属団体	名称	代表者名
	住所	
	連絡先	
勤務先	名称	代表者名
	住所	
	連絡先	
その他特記事項		

添付書類

- 1 要綱第3条に規定する講習会の受講修了証の写し
- 2 要綱第4条第1項第2号に規定する資格証等の写し
- 3 謝金及び旅費に係る振込口座の名義（カタカナに限る。）並びに口座番号が分かる書類

様式第5号（第8条関係）

UDアドバイザー登録事項変更届出書

年 月 日

鳥取県知事 様

UDアドバイザー氏名

登録番号

電話番号

下記のとおり、登録事項に変更がありましたので、UDアドバイザー登録派遣制度要綱第8条第1項の規定により届け出ます。

変更に係る事項	変更年月日	変 更 前	変 更 後

添付書類

- 1 氏名又は住所の変更にあつては、変更が分かることを証する書類（写し可）
- 2 資格の変更にあつては、資格の変更を証する書類等（写し可）

UDアドバイザー派遣申請書

年 月 日

鳥取県知事 様

派遣申請者（法人にあつては、名称及び代表者名）

電話番号

下記のとおり、UDアドバイザーの派遣を依頼しますので、UDアドバイザー登録派遣制度要綱第10条第1項の規定により届け出ます。

1 施設の概要

施設の名称			
建築物の用途			
施設の住所又は所在地			
構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> RC造 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
階数	階建て	延べ面積	m ² （おおよそでも可）
建築の別	新築 ・ 増築 ・ 用途変更 ・ その他（ ）		
建築年月日（予定）	年 月 日		
竣工年月日（予定）	年 月 日		
点検・助言時の段階	計画中 ・ 設計中 ・ 工事中 ・ 運営中		
点検・助言の実施希望時期	年 月頃		

2 派遣申請に関する連絡先

所属・氏名	
電話番号	
メールアドレス	

3 とっとりUD施設認証制度の利用予定

- 利用する（（予定）日： 年 月 日）
 利用しない

4 鳥取県福祉のまちづくり推進事業補助金の利用予定

- 利用する（補助金申請（予定）日： 年 月 日）
 利用しない

5 県が送付する文書の送付先（申請者と同じ場合は記載不要）

住所 （法人の場合は所在地）	郵便番号		
氏名 （法人場合は名称・代表者）			
担当者		電話	

施設の点検及び助言に関する報告書

年 月 日

鳥取県知事 様

代表するUDアドバイザーの氏名

電話番号

下記のとおり、助言の実施内容についてUDアドバイザー登録派遣制度要綱第12条の規定により届け出ます。

1 施設の概要

施設の名称	
主たる建築物の用途	
施設の地名地番	
構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> RC造 <input type="checkbox"/> その他（ ）
階数	階建て
延床面積（おおよそでも可）	m ²
建築年月日（予定）	
点検・助言時の段階	計画中 ・ 設計中 ・ 工事中 ・ 運営中
点検・助言の実施時期	年 月 日

2 派遣アドバイザーの一覧

氏名	アドバイザー種別	専門分野又は障がいの別

3 助言内容

種別	助言の観点	概要
整備	記載例) 視覚がい者への配慮	誘導ブロックの追加
	子育て世帯への配慮	トイレブースの有効開口を650から800へ変更
運営	聴覚障がい者への配慮	筆談ボードとしてタブレットを設置する
	高齢者等への配慮	貸出用車いすを設置

助言内容の欄が不足する場合は、適宜追加すること（別紙でも可）。

様式第8号（第14条関係）

施設の点検及び助言に対する反映報告

年 月 日

鳥取県知事 様

派遣申請者（法人にあつては、名称及び代表者名）

電話番号

下記のとおり、助言の反映状況についてUDアドバイザー登録派遣制度要綱第14条第1項の規定により届け出ます。

1 施設の整備又は運営に助言を反映した事項

種別	助言の観点	概要	反映事項
整備	視覚がい者への配慮	誘導ブロックの追加	図面に追加
	子育て世帯へ配慮	トイレブースの有効開口を650から800へ変更	〃
運営	聴覚障がい者への配慮	筆談ボードとしてタブレットを設置する	購入
	高齢者等への配慮	貸出用車いすを設置	〃

助言内容の欄が不足する場合は、適宜追加すること（別紙でも可）。

添付資料

反映状況が確認できる資料を添付してください。