

# 巡回相談申込書 ② (保護者記入用)

申込日： 年 月 日

保護者氏名：

---

下記のとおり、巡回相談を申し込みます。

フリガナ					
お子さんのお名前 (本人)					
性別 (任意です)		生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月
住所					
連絡先	TEL: ( )	相談依頼者の 携帯電話			
	FAX: ( )				
所属	(保育所、幼稚園、所属施設名等)	(年長・年中・年少・未満児 歳)( )組			
		担任 ( )先生			
現在利用している機関があれば記入してください					
医療( ) 療育( ) その他( )					
主な相談内容(あてはまるものに○をつけてください)					
身体的なこと 情緒的なこと 言語的なこと 就学・進級に関すること					
園生活に関すること 家庭生活に関すること					
その他( )					
相談内容をご記入ください					

問合せ先: 今治市発達支援センター

電話: 0898-22-2752

