

小・中学校巡回相談 申込書【保護者用】

学校名		学年・組	年	組
相談の対象となる児童生徒		相談を受ける保護者		
ふりがな		続柄		
氏名		氏名		
生年月日	年 月 日生	住所	今治市	
年齢	歳	電話番号		

主な相談内容 [] 内に○ 複数の場合は 優先順位に 番号を記入	<input type="checkbox"/> 言葉や聞こえに関する相談	<input type="checkbox"/> 学習に関する相談
	<input type="checkbox"/> 生活・余暇に関する相談	<input type="checkbox"/> 家族支援の相談
	<input type="checkbox"/> 情緒・行動面に関する相談	<input type="checkbox"/> 進路・就労に関する相談
	<input type="checkbox"/> 心身の発達に関する相談	<input type="checkbox"/> その他 ()
相談したい内容を 具体的に 書いてください。		

発達・発育上の 課題や現在の 状態などについて 記入してください。	
--	--

学校記入欄

担任氏名		コーディネーター氏名	
相談希望日時	第一希望	令和 年 月 日	: ~ :
	第二希望	令和 年 月 日	: ~ :
	第三希望	令和 年 月 日	: ~ :

【問合先】今治市発達支援センター 電話 (0898) 22-2752 FAX (0898) 22-2753