



取扱注意

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	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月
住所					
連絡先	TEL:(          ) FAX:(          )	相談依頼者の 携帯電話			
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					

※担任もしくは所属長にご提出ください。

問合せ先: 今治市発達支援センター  
 電話番号: 0898-22-2752