

利用相談申込書



申込年月日 年 月 日

フリガナ 保護者		続柄		連絡先	携帯等 - -
フリガナ 利用者氏名		生年月日	西暦	年	月 日 (才)
		性別		男	女
住所	〒 - 大阪府 市				
自宅連絡先	()				
在籍校	[学校名] [学年] 年生・入学予定				
受給者証等	療育手帳【		精神障がい者手帳【		
	身体障がい者手帳【		受給者証: <input type="checkbox"/> 有 (日)・ <input type="checkbox"/> 無		
送迎希望	有・無				
利用希望日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 他 ()				
【児童の特徴】 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 偏食がある <input type="checkbox"/> 他者交流が苦手 <input type="checkbox"/> 暴力行為がある <input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 集中力がない <input type="checkbox"/> 突発的に怒る <input type="checkbox"/> 目が合いにくい <input type="checkbox"/> 発達比别人と比べて遅く感じる <input type="checkbox"/> 自ら頭をぶつける <input type="checkbox"/> 他()					
■その他(希望したい療育内容) 					