

訪問相談 申込書

施設名: _____ 電話: _____

〒

住所 _____ Fax _____

(ふりがな)

(ふりがな)

代表者名: _____ 担当者名: _____

1 希望する内容に☑をしてください(いずれか1つ)

発達が気かりな子の観察と支援方法の検討 ※対象児4名まで

5歳児()名、4歳児()名、3歳児()名、2歳児()名、0・1歳児()名

個別の指導計画の検討や見直し ※対象児3名まで

5歳児()名、4歳児()名、3歳児()名、2歳児()名、0・1歳児()名

発達に関する保育施設内での研修会

(希望するテーマ: _____)

2 該当する部分に記入、または○印をつけてください。

(1)日程調整に関すること

希望の時期 : ()月頃

希望の曜日 : 月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日

希望の時間 : ()時～()時頃

※9:30～16:00までの範囲で対応可能です。

※昼をまたぐ場合、訪問者の昼食は持参します。

(2)訪問時の駐車場の利用

駐車場利用 : 可 ・ 不可

<明石市立発達支援センター記入欄>

訪問日: _____年 _____月 _____日()

時間: _____時 _____分～ _____時 _____分

訪問者:(_____)

今年度訪問回数: 初回・ _____回目