

川越市発達障害相談室・チューリップ 予約申し込み書

(必要事項を記入の上、049-246-2050にFAXしてください)

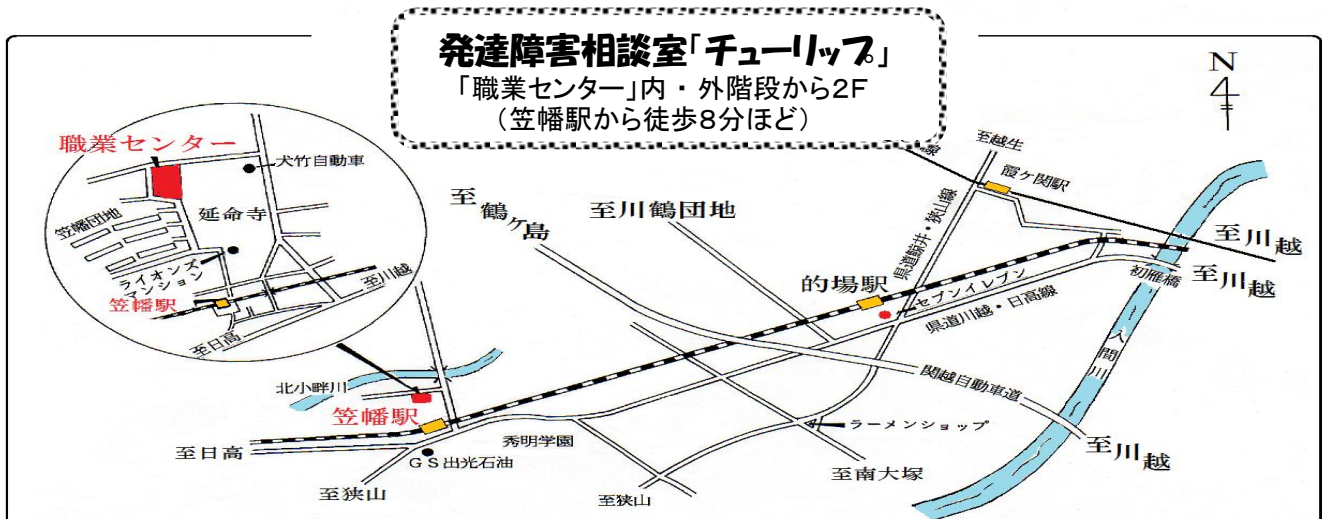
《 相 談 A 》

記入日 年 月 日

相談したい お子様のお名前	ふりがな	生年月日	年 月 日生
			(男・女)(歳)
幼稚園・保育園 学校名 など	(年少・年中・年長) (学年 年生) (通常学級・特別支援学級)		
発達障害・診断名	・療育手帳 (有・無) 等級()		
保護者氏名 (当日、相談室に 来られる方)	お子様とのご関係 ()	電話番号	自宅： FAX： ケイタイ：
住 所	〒		
メールアドレス			
お子様のことで 相談したいことは、 どんなことですか？ (該当するものに ○をつけてください。 複数可)	<ul style="list-style-type: none"> ・幼稚園、保育園、学校などの集団生活で困っていることがある。 ・日常生活(家庭内など)で困っていることがある。 ・小学校入学について ・中学校入学について ・高校進学について ・大学進学について ・就労について ・療育について ・不登校について ・他人とのコミュニケーションについて ・イジメについて ・障害の告知について ・サポート手帳の有効的な使い方について ・その他() 		

●相談は、毎週火曜日の午前10時からと、午後1時からになります。(但し、祝日、年末年始を除きます)
ご希望の日にちを第3希望まで記入し、どちらかの時間帯に○をつけてFAXしてください。
相談日が決まりましたら、こちらから連絡いたします。

・第1希望 ...	月 日(火曜日)	10:00 ~ 12:00	もしくは	13:00 ~ 15:00
・第2希望 ...	月 日(火曜日)	10:00 ~ 12:00	もしくは	13:00 ~ 15:00
・第3希望 ...	月 日(火曜日)	10:00 ~ 12:00	もしくは	13:00 ~ 15:00



※個人情報や相談内容につきましては、お子様のこれから成長していく手助けの支援としてのみデータを保存させていただきます。当会は基本的に秘密厳守を約束いたしますが、お子様の支援のための連携機関とは、情報を共有することもあります。(但し、相談者の希望を尊重いたします)