

## 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)

発達が気が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

※ 送付前に施設控えをお取りください。  
発達支援センターと日程調整後に  
決定日をお書きください。

訪問日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日( )

時間： \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分～ \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

訪問者：( \_\_\_\_\_ )