

7月24日(金)までに 郵送または窓口にご持参ください。

【お申し込み先】明石市立発達支援センター  
〒673-0882  
明石市相生町2丁目5-15  
市役所北庁舎2階

## のびのび子育て講座 参加申込書

下記の事項を了解の上、ペアレントトレーニング「のびのび子育て講座」に参加を希望します。

講座で知り得た他の参加者の個人的な情報は、講座時間中のみ共有し、外部への公開はしません。

署名 \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

受講歴 (ありの方は○を)	1 明石市立発達支援センターの「のびのび子育て講座」を受けた 時期 ( 年頃)		
	2 他機関でペアレントトレーニングを受けた 機関名 ( ) 時期 ( 年頃)		
住所	〒 _____ 明石市		
電話	(携帯)	—	—
	(自宅)	—	—
ふりがな			
保護者(参加者) 名前			
ふりがな			
お子さんの名前			
お子さんの 生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳 か月)	性別	
所属	・ ( ) こども園 ・ 保育所 ・ 保育園 ・ 幼稚園 ・ その他 ( ) ・ 所属なし		
現在利用中 の機関・ サービス	医療機関・療育等の事業所名 / 利用頻度 明石市立発達支援センターで相談をしたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
参加について (○をつけてくだ さい)	6回とも参加できます		
	参加できない日があります (参加できない日に○を付けてください) 9/11 9/18 10/2 10/16 10/30 1/22		
託児	・ 託児を希望します ( 人) →別紙の託児利用申込書を記入してください。		

☆裏面もご記入ください

1 お子さんについて現在困っていること・心配なこと

[ ]

2 お子さんにこれからできるようになって欲しい・身につけて欲しいこと

[ ]

3 本講座に期待すること、学んでみたいこと

[ ]

4 お子さんの様子について 該当するものに○をつけてください

生活	食べ方（箸・練習箸・スプーンやフォーク・手づかみ） 偏食（ない・少しある・ある）
	着替え（自立・一部援助が必要・援助が必要）
	排泄（自立・トレーニング中・おむつ）
運動	体を動かす（得意・年齢相応・苦手・その他（ ））
	手先を使う（得意・年齢相応・苦手）
行動	じっとするのが苦手・気が散りやすい・かんしゃくを起こす・こだわりがある・切りかえが苦手 力加減ができない・苦手な感覚がある・不安が高い・その他（ ）
人との関係	良好・人への関心が薄い・その他（ ）
	友だち関係（一緒にあそぶ・仲良しの子どもがいる・ひとりあそびが多い・トラブルが多い）
ことば	理解（良好・よく使うことばや簡単なことばはわかる・あまりわかっていない）
	話す（文章・二語文・単語・発声・その他（ ））
診断名 (ある方のみ)	知的障害 自閉スペクトラム症 ADHD その他（ ）
発達検査 (受けた方のみ)	新版K式発達検査（姿勢・運動： 認知・適応： 言語・社会： 全領域： ） その他（ ） 実施日／年齢（ 年 月／ 歳 か月 ）

5 グループワークやホームワークの取り組みなどについて、不安なことがあればご記入ください

[ ]