

明石市立発達支援センター訪問相談 申込書

施設の名称： _____ 電話： _____

(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)

 「気になる子ども」の観察と意見交換 ※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 ※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

 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) 訪問希望時期：()月頃

月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日

希望時間：()時～()時頃

※9：30～16：00までの範囲で対応できます

※昼をまたぐ場合、訪問者の昼食は持参します

(2) 駐車場： あり ・ なし

<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