

こども発達支援センター青空 療育利用申込書

私は、大阪府障害者福祉事業団「こども発達支援センター青空 療育事業実施要項」及び「利用に関するお願い」の記載内容について了解した上で、療育利用の申し込みをします。

記入年月日 令和 年 月 日

ご家族代表氏名 _____

(令和6年4月1日時点)

ふりがな				ふりがな			
児童氏名				ご家族代表氏名			
生年月日	平成 令和 年 月 日			住所	〒		
年齢	令和6年4月時点 才 ヶ月	性別					
4月より、利用予定の幼稚園、保育所、通園施設、小学校、支援学校など				電話	() -		
				FAX	() -		
	年月	機関名		診断内容・判定内容・療育形態など			
医療機関					(医師名)		
					(医師名)		
相談機関							
療育機関 (児童発達支援 放課後等デイサービス 等)							
療育希望 の動機							