こども発達支援センターSun(サン)
放課後ディ（グループ療育）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Sun グループ療育」の案内及び「利用に関するお願い」の記載内容について了解した上で、グループ療育利用の申し込みをします。

記入年月日　　平成　　年　　月　　日
保護者氏名
印

ふりがな 児童氏名		男 女	ふりがな 保護者 氏　名	
生年月日	平成　　　年　　月　　日		住　所	〒
年　　齢	（平成２９年４月１日現在） 才　　　ヶ月			
所属する 小学校名	（平成２９年４月１日現在） 通級指導教室の利用（　無　・　有　） 支援学級の利用（　無　・　有　）		電　話	（　　　）　　－
			ＦＡＸ	（　　　）　　－

	年　月	機　関　名	診断内容・判定内容・療育形態など
診断の有無や医療機関との関わり等			（医師名　　　）
			（医師名　　　）
相談支援事業所 他に利用している事業所等			
療育歴			
検査歴		WISC-Ⅳ K-ABC その他（　　　）	検査結果（　　　） Sun での検査（有料）を希望
受給者証等	これまでに取得したことのあるもの　通所受給者証　ない・ある 身体障害者手帳（　ない・ある（　　年　　） 療育手帳（　ない・ある（　　年　　） 精神保健福祉手帳（　ない・ある（　　年　　）		

グループ活動(かつどう)で何(なに)をしたいか、本人(ほんにん)がかいてください。

名前(なまえ)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿