

こども発達支援センターSun(サン)

放課後等ディ（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		男	ふりがな	
児童氏名		女	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	() -
			F A X	() -
	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 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))			通所受給者証 ない・ある

グループ活動かつどうで何をなにしたいか、本人ほんにんがかいてください。

なまえ
名前
