

こども発達支援センター風【個別療育】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風 個別療育実施要項」及び「利用に関するお願い」の記載内容に同意し、児童の氏名、住所及び生年月日を茨木市子育て支援課発達支援係に報告することを了解した上で、個別療育利用の申し込みをします。

記入年月日 平成 年 月 日

ご家族代表氏名

印

(平成28年4月1日現在)

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	年	月	日	住 所	〒	
年 齢	才	ヶ月	性別				
利用中の幼稚園、保育所、通園施設など				電 話	()	-	
				F A X	()	-	
	年 月	機 関 名		診 断 内 容 ・ 判 定 内 容 ・ 療 育 形 態 等			
医療機関				(医師名)			
				(医師名)			
相談機関							
療育機関 (児童発達支援等)							
療育希望 の動機							