

早期教育相談申込書

※欄は記入不要

※

(フリガナ) 保護者氏名			自宅電話		
			携帯電話	相談当日に連絡のつく番号をご記入ください	
住所	〒				
相談希望日時	いつでも よい () いつでもよい場合は ()に0を	第1希望	月	日	午前・午後
		第2希望	月	日	午前・午後
		第3希望	月	日	午前・午後
☆午前：10時～12時、午後1時～4時となります。 午前又は午後を○で囲んでください。					
(フリガナ) お子さんの氏名			保護者との 続柄	長男・長女等で	
生年月日	平成・令和	年	月	日	保育所名
性別	男	・	女		幼稚園名
小学校区	() 小学校				
お子さんの様子・相談内容	(できるだけ具体的にご記入ください)				
◎ 今までに早期教育相談に参加されたことがありますか。 (有：令和 年度に参加 ・ 無)					
◎ 障害の状況(主なものに○をつけてください。)					
・ 目 ・ 耳 ・ ことば ・ 知能					
・ 手や足 ・ からだ ・ 病弱 ・ その他					
◎ 所持している手帳 ()					
◎ 小学校・特別支援学校の見学希望の有無 (どちらかに○を付けてください。)					
有 ・ 無 : 見学希望の学校名 ()					

★6月15日(水)までにお住まいの市町教育委員会へ提出してください。