

# 早期教育相談申込書

※欄は記入不要

※

|   |  |              |             |                      |       |
|---|--|--------------|-------------|----------------------|-------|
| 保護者氏名<br>(フリガナ)                                   |  |              | 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<br>よい<br>( )<br><br>いつでもよい場合は<br>( )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。<br>午前又は午後を○で囲んでください。    |  |              |             |                      |       |
| お子さんの氏名<br>(フリガナ)                                 |  |              | 保護者との<br>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  |
|   |  | 年長・年中・年少・その他 |             |                      |       |
| 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。<br>( 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<br>(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11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。