

早期教育相談申込書

※欄は記入不要

※

(フリガナ) お子さんの氏名		保護者との 続柄	長男・長女等で
(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 () <small>いつでもよい場合は ()に0を</small>	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。
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		
相談内容・ お子さんの様子	(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 ・ 情緒			
・ 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○をつけてください。)			
有 ・ 無 : 見学希望の学校名 ()			

★6月10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。