記入年月日　　年　　月　　日

# 利用申込書（継続）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 学校名 | | 学校長名・印 | 印 |
| 住所 | 〒　　ー | | |
| 電話番号 | ―　　― | FAX番号 | ―　　― |
| 担任氏名 | | コーディネーター氏名 | |
| ※1<br>訪問についての担当者氏名 | フリガナ | | |
| 学年 | 年　　組 | 特別支援クラス | 在籍の方は、クラス名をご記入ください。 |
| 診断名<br>（あり・なし） | 診断ありの際はご記入ください。 | | |
| 訪問希望日時 | ご希望などございましたらご記入ください。（調整後、みなわより連絡致します。）<br>第1希望日　　年　　月　　日（　　：　　～　　：　　）<br>第2希望日　　年　　月　　日（　　：　　～　　：　　） | | |
| 訪問希望内容<br>※□内に✔をご記入ください。 | □行動観察・助言　　□個別の教育支援計画等への助言・アドバイス<br>□事例検討会<br>□その他（　　） | | |
| 利用回数 | 第　　回目（前回実施日：　　年　　月　　日） | | |
| 利用申請の理由及び対象児について | 対象児の近況や支援の状況、保護者の要望など、具体的にご記入ください。 | | |

※1　今回の学校訪問に関して、日程調整等でご連絡をさせていただく方をご記入ください。

・ご記入後は、郵送にて「熊本市発達障がい者支援センターみなわ」までご返送ください。

・申請は、この書類のみで構いません。鑑文等は不要です。

※みなわ記入欄※

実施日　　年　　月　　日
(調整後、みなわより連絡致します。)

お問い合わせ先
**熊本市発達障がい者支援センター　みなわ**
〒862－0971
熊本市中央区大江5丁目1番1号　ウェルパルくまもと2階
電話：096－366－1919　fax：096－366－1900