

利用申込書(企業等向け)

所属機関名			
住所	〒 -		
電話番号	- -	FAX番号	- -
所属長名・印	(印)	担当者氏名	
対象者名	生年月日	年 月 日	(歳)
診断名			
本人の得意なこと(出来ること)、苦手なこと(出来ないこと)、好むこと、嫌いなこと等ご本人のことを教えてください。			
訪問希望理由	依頼された理由をできるだけ具体的にお書きください。		
訪問希望場所	(例) 作業場、事務室		
訪問希望内容 ※□内に✓をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 行動観察・助言	<input type="checkbox"/> 個別の支援計画等への助言・アドバイス	
	<input type="checkbox"/> 事例検討	<input type="checkbox"/> その他()	
機関コンサルテーション [はじめて ・ 回目 (前回実施日 年 月 日)]			
要望・希望等ありましたら、出来るだけ詳しくご記入ください。			

ご記入後に、郵送にてみなわまでご返送ください。

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号ウェルパークまもと2F TEL (096) 366-1919