

チャイルドスペースAi (あい) 利用相談申込書

お名前： (歳) 男 ・ 女

学校名： 学校 年 支援級 ・ 普通級

診断名：

手帳： 療育 ・ 身体障害者 ・ 精神保健 ()

受給者証： 無 ・ 有 その他 ()

現在、利用されている機関：

(他児童デイサービスなど・移動支援など)

相談したいこと、気になること (優先順位に記入して下さい。)

①

.....

②

.....

③

.....

④

.....

⑤

保護者氏名：

連絡先TEL：

連絡可能な日、時間帯など：

FAX送信先 **052-659-6107**

ご記入ありがとうございました。

