出張療育カンファレンス申込書

令和　　年　　月　　日

【お願い】※当てはまるところに○をつけてください
※お子さんの氏名は実名ではなく、イニシャルでお願いします。（FAX 送信時の配慮のため。）

事業所名：	所長：	担当者：
住所：　　区	TEL：	
事業の種類 児童発達支援　　放課後等デイサービス　　その他（　　）		
定員：（　　）名	年齢構成：（　　）才から（　　）才	

相談内容	グループ	（　　）歳～（　　）歳までの（　　）名の集団
	個別	対象児のイニシャル：　　（　　歳）
		在籍：（　　）保育園　幼稚園　特別支援学級　特別支援学校　　年

相談したいお子さんの今困っていること、クラスでの様子をお書きください。（自由記載）
（例えば、自由遊び、一斉集団遊び、集まりの会、身支度、場面の切り替わり等、個人・活動全体の困りごとかなど、困っている場面を書いてください。）

書ききれない場合はコピーをしていただくか、別の用紙をお使いください