

発達障がい支援センター PAL 療育利用申込書

私は、発達障がい支援センターPALの「療育事業実施要項」の記載内容について、定められた項目についてすべて了承した上で、評価および療育の申し込みをします。

記入年月日 平成 23 年 月 日

保護者氏名 印

| | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| ふりがな | | ふりがな | |
| 児童氏名 | 男 女 | 保護者氏名 | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話 | () - | 携帯電話 父・母 | () - |
| お子さまの 生年月日・ 年齢 | 平成 年 月 日 歳 ヶ月 (H23年3月現在) | 療育手帳の有無 で記入して ください | あり (A ・ B1 ・ B2) なし |
| 平成23年4 月以降所属す る園・学校名 | | 平成23年4月 以降該当する学年 | 年少 ・ 年中 ・ 年長 小学1年 ・ 小学2年 |
| | 年月 | 相談/診断/療育機関 | 相談内容 / 診断・判定内容 / 療育形態など |
| これまでに 相談にいか れた機関 | | | |
| 診断 (病院名) | | 病院 病院 | (医師名) (医師名) |
| 療育経験 (通園施設、 療育教室など) | | | |
| PALを紹介され た機関(あれば) | | | |
| PALを志望 する動機 | | | |
| この個人情報は、センター利用申し込みの選考のために使用し、それ以外の目的の為に使用いたしません | | | |