早 期 教 育 相 談 申 込 書　※欄は記入不要

　　　※

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  保護者氏名 | |  | | 自宅電話  携帯電話 | 相談当日に連絡のつく番号をご記入ください | |
|  | |
| 住　　所 | | 〒 | | | | |
| 相談希望日時 | | いつでも  よい  （　　　）  いつでもよい場合は（　　）に〇を | 第１希望　　　　月　　　日　　午前　・　午後  第２希望　　　　月　　　日　　午前　・　午後  第３希望　　　　月　　　日　　午前　・　午後 | | | |
| ✩午前：１０時～１２時、午後１時～４時となります。  午前又は午後を○で囲んでください。 | | | |
| （フリガナ）  お子さんの氏名 | |  | | 保護者との  続　柄 | | 長男・長女等で |
|  | |
| 生年月日  性別 | | 平成・令和　　年　　月　　日  男　　・　　女 | | 保育所名  幼稚園名 |  | |
| 年長 ・ 年中 ・ 年少 ・ その他 | |
| 小学校区 | | （　　　　　　　　　　　　　　　）小学校 | | | | |
| お  子  さ  ん  の  様  子  ・  相  談  内  容 | （できるだけ具体的にご記入ください）  　※ | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **◎　今までに早期教育相談に参加されたことがありますか。**  　　（　有：令和　　　　年度に参加　　・　無　）  **◎　障害の状況（主なものに○をつけてください。）**  ・　目　　　　　・　耳　　　　　・　ことば　　　・　知　能  ・　手や足　　　・　からだ　　　・　病　弱　　　・　その他  **◎　所持している手帳（　　　　　　　　　　　　）**  **◎　小学校・特別支援学校の見学希望の有無**  　（どちらかに○を付けてください。）  　　有　・　無　：見学希望の学校名（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

★６月１５日（木）までにお住まいの市町教育委員会へ提出してください。