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。