

受付日	受付 No.
事務記入欄 (記入しないでください)	

記入日： 20 年 月 日

ふりがな					
お子さまの氏名	男 女	お子さまの 生年月日 ・年齢	20 年 月 日 生まれ ____ 歳 ____ 月 (記入日時点)		
ふりがな					
保護者氏名	現在 通っている 療育等				
住 所	(〒 _____)		電話		
家族構成 ※同居されている方をご記入ください	氏名 (ふりがな)	続柄	年齢	職業・所属園・学校	備考

アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →どのようなアレルギーですか？ (_____)
-------	--

障害等の診断について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →どのような診断名ですか？ (_____) *診断を受けた医療機関名 (_____) *診断を受けた時期 20 年 月
------------	--

手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (療育手帳 A ・ B1 ・ B2 ・ 精神保健福祉手帳 ・ 身体障害者手帳)
-------	---

通所方法の希望	<input type="checkbox"/> 自力通所を希望 (方法: <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他 (_____)) <input type="checkbox"/> 送迎バスを希望
保護者のみで来所時の交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

【申込方法について確認】 見学はお済みですか？	<input type="checkbox"/> はい	→郵送での申込が可能です。 ※2025年1月24日(金)(17時必着)までに、ご送付ください 送付先: 〒561-0854 豊中市稲津町1-1-20 豊中市立児童発達支援センター通所部門 宛
	<input type="checkbox"/> いいえ	→直接お越しいただき、申込書を提出してください。

郵送された方へは、申込書が届きましたら、こちらからお電話をさせていただきます。

電話がない場合、お手数ですが06-6676-7890までお問い合わせくださいますよう、よろしくお願いいたします。