

受付日	受付No
-----	------

記入日： 年 月 日

ふりがな		お子さまの 生年月日 年齢	年 月 日
お子さまの氏名	男 女		歳 ヶ月 (令和7年4月1日時点の年齢)
ふりがな		現在の所属する 園・学校	
保護者氏名			
住所	(〒 -)	日中つながりや すい電話番号	

*利用可否についてお電話でご連絡させていただく場合がありますので日中つながりやすいお電話番号をご記入下さい。平日9-17時の間にカラフル(06-6676-7890)よりご連絡させていただきますので、着信履歴があった場合は折り返しお電話下さい。

診断について	診断名	診断を受けた医療機関名	(医師名：)
		診断された時期	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)		

【カラフルを紹介して下さった関係機関がありましたら、下記に機関名・担当者名・その理由をお書きください】

機関名		担当者名	
紹介理由			

カラフルの利用をご希望された理由について、お書きください。	
-------------------------------	--

利用が難しい曜日、時間帯がありましたらご記入ください。
(月曜日～金曜日：①9：30～10：30 ②13：30～14：30 ④15：00～16：00)

※曜日や時間帯の指定はできません。限られた曜日、時間帯のみのご希望の場合、利用が難しい場合がありますので、ご了承ください。上記の時間帯は予定ですので、多少前後する可能性があります。