

平成29年3月吉日

保護者各位

社会福祉法人 北摂杉の子会
児童デイサービスセンターan



療育OB向け 療育相談のご案内

平素は、当法人へのご協力・ご支援を賜り誠にありがとうございます。社会福祉法人北摂杉の子会では、児童デイサービスセンターanでの療育を終了された方を対象に、「療育相談事業」を実施しております。ご家庭では解決しにくい問題について、その原因や支援方法を共に考え、リアルタイムで個別にご相談に応じます。

療育相談をご希望の方は、裏面の申込書に必要事項を記入の上、お電話またはFAXで下記の宛先までお申し込み下さい。

記

1. 日 時：金曜日 10：00～12：00の中で1時間～2時間程度
※保護者様と日程、時間の調整をして、相談日を決定いたします
2. 相談場所：児童デイサービスセンターan
3. 相談対象：平成28年度以前にanの療育をご利用して頂いた経験のある保護者様
※お子様が所属される保育所・幼稚園・学校などの教職員の方の同席も可能です
4. 担 当：anの療育スタッフ
5. 費 用：1回1時間 3,000円
※相談時間の延長が可能です。30分延長ごとに1,500円追加徴収となります。
※お支払方法は、相談日当日、現金にて直接お支払ください。
6. 申込方法：下記までお電話もしくはFAXでお申込みください。

申込先

お電話の場合：06-6838-8990

FAXの場合：06-6838-7015

7. 決定通知：後日、書面にてご連絡をさせていただきます。

<主な相談内容>

- ・教育上の不安や心配ごと、親子関係などの子育ての上での悩み
- ・保育園、幼稚園、学校での問題行動などに関する保護者、先生の悩み
- ・家庭、学校、地域での問題（不登校、ひきこもり、いじめに関する困りごとなど）
- ・就学、進路、進学に関する事柄など



《お問い合わせ先》 社会福祉法人北摂杉の子会 児童デイサービスセンターan

【住所】〒532-0023 大阪市淀川区十三東2-4-2 【TEL】06-6838-8990 【FAX】06-6838-7015



FAX 06-6838-7015

療育相談 申込書

平成 年 月 日 記入

お子様のお名前 <small>なまえ</small>	(男・女)		
来所予定者のお名前 <small>なまえ</small>			
お子様の在籍校・園 <small>ざいせきこう</small>	市立/公立	(学年:)	
連絡先 <small>つながりやすい電話番号</small>		FAX番号	
療育経験	平成__年~平成__年迄	療育担当者名	
療育相談希望時間	60分/90分/120分	希望曜日	
相談内容は?	<p>①当てはまる項目に✓を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 子どもの課題、特性について知りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 情報を知りたい(療育等の機関/病院/施設の紹介など)</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭生活についてアドバイスがほしい(家庭における療育、余暇、不適応行動など)</p> <p><input type="checkbox"/> 園や学校生活のアドバイスがほしい(学校・園での不適応、教育内容など)</p> <p><input type="checkbox"/> 健康・医療(告知後の不安、薬の服用など)</p> <p><input type="checkbox"/> 進路相談について</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <hr/> <p>②✓を付けた上記項目について、具体的な相談内容を下記にご記入ください。</p>		

<処理欄(記入しないでください)>

相談担当者	
面接予定日時	平成 年 月 日 () (: ~ :) ※センター記入

センター記入欄	
受付者	
受信日時	月 日
連絡調整	月 日