

平成30年度 こども発達支援センターwill 療育利用申込書

私は、社会福祉法人北摂杉の子会「こども発達支援センターwill（ウィル）実施要項」の記載内容について了解し、定められた項目についてすべて了承した上で、評価および療育の申し込みをします。

記入年月日：平成 30 年 月 日

ふりがな 児童氏名	男 女	ふりがな 保護者 氏名	印
生年月日 年 齢	平成 年 月 日 (西暦 年) 現在 才 ヶ月	住 所	〒 - 茨木市
平成30年度 4月から所属 する園・学校	公立・私立	電 話	() -
平成30年度 4月から該当 する新学年	該当する学年を○で囲んで下さい 2歳児・年少児・年中児・年長児 1年生・2年生・3年生	携 帯	父・母 () -
		FAX	() -
		診 断 ※複数機関で診断をお受けの場合は、最新のものを記入下さい。	
手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（療育手帳 A・B1・B2・精神保健福祉手帳・身体障害者手帳）		
未診断 意見書の方	年月	保健センター名：	担当者氏名： (保健師・心理士・その他)
療育経験	年月	療育機関名（通園施設含む）	形態や内容など
	※willでの療育を過去に受けられたことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（平成 年度）		
willをどちらでお知りになりました？（紹介された機関名・医師名、知人の紹介、HPなど）			
志望動機			
療育に期待 すること			
保護者として 学びたいこと			
療育通所が無理な曜日・時間帯（※療育は保護者同伴・兄弟児連れ不可）		理由	
※ご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。			
①保護者研修の参加（※必ずいずれかに☑をお付け下さい） <input type="checkbox"/> 参加可能 <input type="checkbox"/> 参加不可（※保護者研修が参加不可の方は、療育をお受けすることはできません）			
②個人情報提供の同意（※必ず☑をお付け下さい） <input type="checkbox"/> 申し込みに関する個人情報を茨木市へ提供することに同意します。			