

単独通所事業 令和6年（2024年）度利用申込書

記入日： 20 年 月 日

事務記入欄（記入しないでください）

ふりがな				お子さまの 生年月日 ・年齢	20 年 月 日 生まれ 歳 ヶ月 (記入日時点)
お子さまの氏名	男 女				
ふりがな				現在 通っている 療育等	
保護者氏名					
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	☐ なし ☐ あり →どのようなアレルギーですか？（ ※アレルギー対応には医師の診断が必要です
-------	---

障害等の 診断について	☐ なし ☐ 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	☐ なし ☐ あり（療育手帳 A ・ B1 ・ B2 ・ 精神保健福祉手帳 ・ 身体障害者手帳）
てんかん発作	☐ なし ☐ あり →どのような発作ですか？（

通所方法の希望	☐ 自力通所を希望（方法： ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ 自家用車 ☐ その他（ ☐ 送迎バスを希望
保護者のみで来所時の交通手段	☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ 自家用車 ☐ その他（

【申込方法について確認】 あゆみの見学はお済みですか？	☐ はい	→郵送での申込が可能です。 ※12月15日（金）（17時必着）までに、ご送付ください 送付先：〒560-0054 豊中市桜の町3-12-10 発達支援あゆみ 宛
	☐ いいえ	→直接あゆみまでお越しいただき、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。

あゆみから電話がない場合は、お手数ですが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。