

平成26年3月1日

保護者各位

社会福祉法人 北摂杉の子会  
自閉症療育センターwill

## 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、自閉症療育センターwill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：月曜日～金曜日（お申し込み後に、担当者との日時を調整）  
※6月からの開始となります
2. 相談場所：自閉症療育センターwill
3. 相談対象：保護者（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：will 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

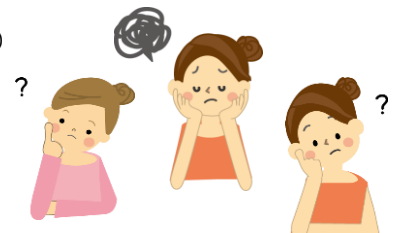
お電話の場合：072-662-0100

FAXの場合：072-662-0056

7. 決定通知：後日、電話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 自閉症療育センターwill

【住所】〒569-0077 高槻市野見町3-14 第2高谷ビル2F 【TEL】072-662-0100【FAX】072-662-0056



FAX 072-662-0056

## 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 <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> <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