**個 別 相 談 申 込 票**（ﾍﾟｱﾚﾝﾄﾒﾝﾀｰ千葉）

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談対象者  （お子さん） | 年齢 | 歳　　（　男　・　女　） | |
| 所属 | ・未就園・幼稚園・保育園・小学校・中学校  ・高校・専門学校・大学・在宅  ・その他（　　　　　　　　　） | |
| 診断 | 無　・　有　（診断名　　　　　　　　　　） | |
| 居住地 | 市　・　町　・　村 | |
| 相談希望者  （保護者） | お名前 |  | |
| ご関係 | ①母親　　②父親　　③その他（　　　　　　　） | |
| 連絡方法 | ご都合のよい連絡先をご記入ください。  □電話：　　　　　　－　　　　　　　－  □FAX：　　　　　　－　　　　　　　－  □メール： | | |
| 注意：ご連絡の際に「発達障害者支援センター」と名乗ってもよろしいですか？ | | はい・いいえ |
| 相談要旨 | □家族関係　□学校関係　□情報提供　□その他（　　　　） | | |
| 要旨（簡単にでかまいません） | | |

－－－－－－－－以下、記入しないでください。－－－－－－－－

事務局記入欄　Re：　　　月　　　　日（tel / fax / mail）