療 育 見 学 ・ 相 談 申 込 書

京都府立こども発達支援センター　所長　様

所　属：
申込者：　　㊞
連絡先：

□ 必ず３日前までにお申し込みください。
□ 当日は名札をご持参の上、玄関前受付にお声掛けください。
□ 下記事項は保護者にご確認いただき、全て記載ください。当センターからはお答えできません。なお、不明な場合は保護者から当センターにお尋ねください。

上記を確認しましたので、下記の通り見学・相談を申し込みます。

対象者氏名			
日　　付	年　　月　　日（　　）		
見　学　先	見学希望時間		担当者・クラス
	診　　察	：　～　：	Dr
	理学療法	：　～　：	PT
	言語療法	：　～　：	ST
	作業療法	：　～　：	OT
	心理検査	：　～　：	心理士
	保　　育	：　～　：	クラス
	放 デ イ	：　～　：	クラス
見　学　者	見学される方全員のお名前をお書きください。 （　　名）		
目的・内容			

申込日	年　　月　　日