

訪問支援利用申込書

記入年月日： 年 月 日

所属機関名			
住所			
電話番号		F A X 番号	
所属長名			
担当（担任）名			
対象者名			
生年月日	年 月 日（ 歳）		
診断名 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	<input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 無		
相談の内容	<input type="checkbox"/> 行動観察・助言 <input type="checkbox"/> 個別支援計画へのアドバイス <input type="checkbox"/> ケース会議 <input type="checkbox"/> 保護者面談 <input type="checkbox"/> 移行支援会議 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
訪問支援希望日	第1希望日 年 月 日（ ）（ : ~ : ） 第2希望日 年 月 日（ ）（ : ~ : ） 第3希望日 年 月 日（ ）（ : ~ : ） 第4希望日 年 月 日（ ）（ : ~ : ） ※複数あげてください。希望日を基に日程を調整させていただきます。		
訪問支援実施日	年 月 日（ ）（ : ~ : ） ※決定した日時を当センターが記入		
後日支援センターから電話でご連絡をさせていただきます。 ご連絡する場合は（ ）先生・様			

ご記入後、郵送にて支援センターまでご返送下さい。

青森県発達障害者支援センター

〒030-0822

青森市中央3丁目20-30 県民福祉プラザ3階

TEL 017-777-8201